

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Uplatnění speciálních pedagogů v rezidenčních zařízeních sociálních a
zdravotních služeb pro seniory

Application of special educators in residential social and health services
for the elderly

Mgr. Zdeněk Čermák

Studijní program: Speciální pedagogika (N7506)

Studijní obor: Speciální pedagogika

2016

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma „Uplatnění speciálních pedagogů v rezidenčních zařízeních sociálních a zdravotních služeb pro seniory“ vypracoval pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 15. 10. 2016

.....

podpis

Rád bych poděkoval své rodině, známým, přátelům, kolegům a kolegyním za jejich podporu a nápomocné zkušenosti, které mi poskytli při psaní této práce.

Abstrakt

Rigorózní práce představuje možnosti pracovního uplatnění speciálních pedagogů v rezidenčních zařízeních zdravotních a sociálních služeb pro seniory, kterými zde rozumíme především domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a léčebny dlouhodobě nemocných. Vzhledem k teoretické povaze práce byla jako výzkumná metoda použita analýza a kompilace odborných textů s cílem přinést ucelený přehled současných informací o problematice profesního uplatnění speciálních pedagogů v rezidenčních zařízeních sociálních a zdravotních služeb pro seniory. Práce je z hlediska obsahu členěna do sedmi kapitol, kdy první z nich pojednává zejména o legislativním ukotvení profese speciálního pedagoga v sociálních a zdravotních službách. Druhá kapitola představuje rezidenční zařízení sociálních a zdravotních služeb. Třetí představuje koncepci pracovního uplatnění speciálních pedagogů v rezidenčních zařízeních pro seniory ve schématu poradce – diagnostik – terapeut. Poslední tři kapitoly práce pak podrobně tyto role rozebírají a představují praktické návody a postupy, kterými lze se seniory v těchto zařízeních pracovat.

Klíčová slova

Domov pro seniory, léčebna dlouhodobě nemocných, senior, speciální pedagog

Abstract

Rigorous thesis presents the possibility of employment of special pedagogues in residential health and social facilities for seniors. There are understood primarily homes for the elderly, special regime homes and hospitals for terminal illnesses. In relation to the theoretical character of this thesis there was used a research method for analysis and compilation of scientific texts in order to provide a comprehensive overview of current information about the problems of work. The rigorous thesis is in terms of content divided into seven chapters, where the first one deals mainly with codifying the profession of special pedagogues in social and health services. The second chapter presents the residential facilities of social and health services. The third chapter presents the employment of special pedagogues in residential facilities for seniors in the scheme of advisor - diagnostician - therapist. The last three chapters then discuss these roles in detail and present practical guidelines and procedures that can be used in work with seniors in these facilities.

Keywords

Home for the elderly, Hospitals for Terminal Illnesses, senior, special pedagogue

Obsah

1. Úvod	1
2. Metodologie práce	3
2.1 Cíle práce	3
2.2 Metodika práce	3
2.3 Struktura práce	3
2.4 K současnému stavu poznání o profesním uplatnění speciálních pedagogů v rezidenčním zařízení pro seniory	5
2.5 Práce se zdroji	6
3. Speciální pedagog jako profese v kontextu sociálních a zdravotních služeb	9
3.1 Cesta speciální pedagogiky ke stárnoucí populaci jako své cílové skupině	9
3.2 Legislativní ukotvení profese speciálního pedagoga v sociálních službách	11
3.3 Legislativní ukotvení profese speciálního pedagoga ve zdravotních službách ..	12
4. Rezidenční zařízení zdravotních a sociálních služeb pro seniory	15
4.1 Rezidenční zařízení sociálních služeb pro seniory	15
4.2 Rezidenční zařízení zdravotních služeb pro seniory	17
5. Role speciálního pedagoga v rezidenčních zařízeních sociálních a zdravotních služeb	22
5.1 Soudobá speciální pedagogika ve vztahu ke stárnoucí populaci	22
5.2 Speciální pedagog jako poradce	24
5.3 Speciální pedagog jako diagnostik	24
5.4 Speciální pedagog jako terapeut	25

6. Speciální pedagog jako poradce	26
6.1 Oblast sociálního poradenství	26
6.2 Poradenství rodinám seniorů	27
6.3 Poradenství personálu	29
6.4 Poradenství v oblasti nefarmakologických terapeutických přístupů a metod....	29
6.5 Speciální pedagog v poradenské praxi v roli edukátora	30
7. Speciální pedagog jako diagnostik	32
7.1 Speciálně pedagogická diagnostika psychických funkcí u seniorů	33
7.2 Speciálně pedagogická diagnostika soběstačnosti	38
7.3 Speciálně pedagogická diagnostika smyslových modalit u seniorů	40
7.4 Diagnostika komunikační schopnosti	42
7.5 Diagnostika poruch chování	44
7.6 Diagnostický výstup – „Plán podpory seniora“	46
8. Speciální pedagog jako terapeut a garant specifických přístupů	49
8.1 Animace	50
8.2 Aktivace a aktivizace, aktivizační programy	51
8.3 Aktivizační program – muzikoterapie	52
8.4 Aktivizační program - arteterapie	54
8.5 Aktivizační program - dramaterapie	55
8.6 Aktivizační program - biblioterapie.....	57
8.7 Aktivizační program – zooterapie.....	58

8.8 Aktivizační program – terapie kognitivních funkcí.....	59
8.9 Speciální pedagog jako garant reminiscenční terapie.....	62
8.10 Speciální pedagog jako garant validační terapie.....	64
8.11 Speciální pedagog jako garant preterapie	65
8.12 Speciální pedagog jako garant bazální stimulace	67
8.13 Speciální pedagog jako garant alternativních a augmentativních přístupů ke komunikaci (AAK)	69
9. Diskuze nad limity předkládané koncepce	72
10. Závěr	74
11. Literatura.....	76
11.1 Speciální pedagog jako profese v kontextu sociálních a zdravotních služeb ..	76
11.2 Rezidenční zařízení zdravotních a sociálních služeb.....	79
11.3 Role speciálního pedagoga	81
11.4 Speciální pedagog jako poradce	83
11.5 Speciální pedagog jako diagnostik	85
11.6 Speciální pedagog jako terapeut	90

1. Úvod

Česká a potažmo i evropská společnost stárne. Tuto informaci slyšíme z medií snad každý den. Děsí odborníky, děsí politiky a na základě demografických prognóz děsí snad každého z nás. Největší obavu v nás ale zřejmě vyvolává to, že stárnou všichni kolem nás (rodiče, známí, přátelé), ale to, že jednou i my sami zestárneme a budeme potřebovat pomoc od zařízení, kterých se dnes tolik straníme a tiše doufáme, že se do jejich péče nikdy nedostaneme.

Pravda je bohužel ale asi jiná. Ať si to již připouštíme, či nikoliv, existuje velmi vysoká pravděpodobnost, že většina z nás se jednou ubytování v nějakém domově pro seniory (v té době se jim již pravděpodobně bude říkat seniorská rezidence) dočká. Již dnešní doba neumožňuje příbuzným, starat se o své rodiče (přesto že již na to máme zákon i účinné nástroje pomoci). Všichni musíme chodit do zaměstnání a vydělávat peníze, abychom uživili sebe i své děti. Za několik desítek (alespoň v mém případě) let to jistě nebude jiné, protože se prodlužuje i věk odchodu do důchodu a tak v době, kdy se naše babičky a dědové starali o své rodiče a vnoučata, my budeme stále pracovat a tyto naše povinnosti bude muset převzít nejspíš instituce. Podobné to jednou bude i s námi, až zestárneme.

Tato vyhlídka není příliš optimistická a to zejména proto, že většina z nás jistě není spokojena s tím, jakým způsobem jsou v dnešní době poskytovány pobytové zdravotní a sociální služby seniorům. Možná se to někomu zdá neskutečné, ale z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že řada lidí má osobní zkušenost s tím, že jeho příbuzný byl hospitalizován, či žil v zařízeních zdravotních nebo sociálních služeb, kde na čtyřicet pacientů byla jedna zdravotní sestra a ošetrovatelka. Tato zařízení jsou často charakteristická tím, že zde pacienti či klienti leží na pokoji po šesti, osmi i dvanácti lidech, bez možnosti využít toaletu, která třeba není ani na patře. Klienti zde musí využívat erární prádlo, k dispozici mají jen noční stolek a dostávají najíst s bídou třikrát za den apod. Není to pěkná vyhlídka, ani zkušenost, ale realita to je a to i přes to, že kvalita pobytových sociálních a zdravotních služeb pro seniory se stále kontinuálně zvyšuje, o čemž jsem přesvědčen.

Institucionalizace péče o osoby se zdravotním postižením (tedy i seniory) je stále velkým problémem, který je v současné době proti veškerým celosvětovým trendům v péči o tyto osoby a hlavně, který speciální pedagogové řeší již desetiletí. Současná míra institucionalizace péče o seniory, jak ukazuje Asociace poskytovatelů sociálních služeb (2012), je více než dostatečná a nabírá apokalyptických rozměrů, protože v domovech pro seniory máme v současné době více, než 38000 lůžek, v domovech se zvláštním režimem kolem 7000 a podobně tomu je i u léčeben dlouhodobě nemocných a navíc existují i neoficiální statistiky asociace poskytovatelů sociálních služeb, které hovoří až o 90000 lůžek zřízených pro péči o nesoběstačné seniory (do kterých řadíme i lůžka geriatric, sociální lůžka, nelegální poskytovatele sociálních služeb apod.), což už je číslo, které by mělo speciální pedagogy více než jen zajímat. Navíc mají speciální pedagogové oproti tradičním poskytovatelům péče velkou výhodu a to je ta, že nejsou zatíženi jejím poskytováním. Nejsou vzděláváni a připravováni k tomu, aby někoho krmili, myli či řešili jeho zdravotní obtíže, nýbrž k tomu, aby stimulovali, podněcovali, aby hledali různé komunikační a edukační kanály, kterými zpřístupní svět osobám s postižením, což je právě to, co seniorům v institucích chybí a co velmi potřebují (srov. Kalvach, 2004).

Tato rigorózní práce si klade za cíl díky systematické literární rešerši, poskytnout budoucím i současným speciálním pedagogům (a možná i jejich zaměstnavatelům) praktický návod (či oporu), kudy a jakým způsobem vstoupit do zdravotních a sociálních pobytových služeb pro seniory, jejichž klientela zcela jistě potřebuje speciálně pedagogické intervence. Dále předkládá možnosti profesního uplatnění v rámci sociálních zdravotních služeb, které jsou i jistě šířeji aplikovatelné, než jen na skupinu seniorů. V úvodu práce se zabývám prostým popisem zdravotních a sociálních pobytových služeb pro seniory, který vychází především z legislativních norem. Dále se věnuji vymezení profesních rolí speciálního pedagoga v koncepci poradce – diagnostik – terapeut a následně všechny tyto role detailně probírám a seznamuji čtenáře s poradenskými tématy, diagnostickými metodami a terapeutickými koncepty, které může ve své praxi speciálního pedagoga v rezidenčním zařízení zdravotních a sociálních služeb pro seniory využít. Rigorózní práce velmi úzce souvisí a navazuje na mojí diplomovou práci (je v podstatě její aplikací), která se podrobněji zabývá institucionalizací péče o seniory v Čechách, včetně jejích dopadů na seniory (srov. Čermák, 2015).

2. Metodologie práce

Předkládaná rigorózní práce má charakter monografické, teoretické ucelené studie na téma „Uplatnění speciálních pedagogů v rezidenčních zařízeních sociálních a zdravotních služeb pro seniory“.

2.1 Cíle práce

Hlavním cílem práce je předložit ucelenou koncepci možnosti profesního uplatnění speciálních pedagogů v rámci rezidenčních zařízení zdravotních a sociálních služeb určených k péči o seniory v Čechách.

Dílčím cílem bylo představit současnou situaci (podmínky, možnosti) na poli profesního uplatnění speciálních pedagogů v rezidenčních zařízeních sociálních a zdravotních služeb pro seniory a poskytnout rámcovou představu o možnostech jejich pracovní náplně.

2.2 Metodika práce

Předkládaná práce má teoretický charakter, proto byla zvolena metoda analýzy a kompilace odborných textů vztahující se k tématu rigorózní práce.

2.3 Struktura práce

Rigorózní práce se skládá ze sedmi velkých kapitol, jejichž cílem je komplexně popsat problematiku možného profesního uplatnění speciálních pedagogů v rámci zařízení určených k péči o seniory.

První kapitola představuje metodologii práce. Její součástí je zejména vymezení výzkumného cíle, výzkumných otázek a metodiky práce.

Druhá kapitola představuje legislativní ukotvení profesního uplatnění speciálních pedagogů v rámci zákonů vymezující sociální a zdravotní služby (a dalších zákonů s tím souvisejících). Dále poukazuje na současné trendy ve vývoji speciálně –

pedagogické profese a v podstatě nabádá k tomu, aby se speciální pedagogové „nebáli“ přesunout těžiště svých intervencí právě do zařízení sociálních a zdravotních služeb.

Třetí kapitola zběžně představuje problematiku zařízení sociálních a zdravotních služeb určených k péči o seniory. Na základě legislativního vymezení poukazuje na specifickou těchto zařízení a prezentuje případné rozdíly a shody mezi nimi.

Čtvrtá kapitola si dává za cíl přednést ucelenou koncepci o možném profesním uplatnění speciálních pedagogů v rámci rezidenčních zařízení sociálních a zdravotních služeb určených k péči o seniory. Představuje speciálního pedagoga v roli poradce, diagnostika, terapeuta.

Pátá kapitola představuje speciálního pedagoga jako poradce v oblasti sociálního poradenství, poradenství rodinám, personálu, ale také jako poradce v oblasti nefarmakologických přístupů k terapiím.

Šestá kapitola popisuje základní rámec týkající se komplexní speciálně – pedagogické diagnostiky seniorů, kteří nastoupí k pobytu do instituce. Jedná se především o diagnostiku demence, deprese, poruch chování smyslových modalit, základní a rozšířené soběstačnosti či komunikačních schopností.

Sedmá kapitola pak představuje možnosti terapeutického působení speciálních pedagogů v rámci těchto institucí. Jedná se zejména o působení v tzv. aktivizačních programech pro seniory, kterými může být například dramaterapie, muzikoterapie, arteterapie, ale také specifický přístup k tréninku kognitivních funkcí jako je kognitivní stimulace a rehabilitace. Tato kapitola se také zabývá základním porozuměním specifickým přístupů k seniorům s demencí.

2.4 K současnému stavu poznání o profesním uplatnění speciálních pedagogů v rezidenčním zařízení pro seniory

Současná úroveň poznání o uplatnění speciálních pedagogů v rezidenčních zařízeních sociálních a zdravotních služeb pro seniory je velmi chabá. V současnosti neexistuje v podstatě ani jediná aktuální, ucelená koncepce (či publikace) o uplatnění speciálních pedagogů v rámci rezidenčních zařízení sociálních a zdravotních služeb pro seniory a to ani přesto, že senioři v těchto zařízeních naplňují kategorii osob se zdravotním postižením a tudíž spadají do tradičních disciplín speciální pedagogiky. Speciální pedagogové v této oblasti zatím příliš neintervenují, přestože právě v těchto zařízeních by jistě našli řadu svých klientů a hlavně osob, které jejich intervenci skutečně potřebují.

Krom těchto publikací nám ale schází také mnohé další. Například výzkumná šetření, která by popisovala realitu za zmíněných institucí tak, abychom na ni mohli, při formulování tezí o pracovním uplatnění speciálních pedagogů, reagovat. Speciální pedagogové jsou v oblasti stáří poměrně novou profesní silou, která by jistě mohla zacelit mnohé „černé díry“ případných intervencí, které v současné době nejsou realizovány a přitom jsou potřebné. Stále ovšem platí, že dokud nebudeme vědět, kde máme mezery, nemůžeme po nich chtít, aby na ně reagovali.

Na druhou stranu vnímám současnou tendenci v rámci výzkumných snah jiných oborů (zejména sociální práce a psychologie) jako velmi pozitivní. Protože právě tyto obory nám přinášejí cenné publikace, které mohou do budoucna inspirovat speciální pedagogy a snad jim dát praktický návod, kudy se v případě speciálně pedagogické péče o seniory v zařízeních ubírat. Za nejvýznamnější zdroje budoucích inspirací speciálních pedagogů považují například knihy *Volnočasové aktivity seniorů* (Holzerová, Dvořáčková, 2013), *Dlouhodobá péče geriatrické aspekty* (Holmerová a kol. 2014), *Motivační prvky při práci se seniory* (Klevetová, 2008), *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních* (Malíková, 2011), *Terapie ve speciální pedagogice* (Müller, 2014). Nutno dodat, že většina těchto knih tematicky pojednává pouze o sociálních službách, zdravotní služby zůstávají stále bez povšimnutí.

V oblasti speciální pedagogiky se pomalu ale jistě začínají objevovat alespoň studentské práce, které se snaží aplikovat profesi speciálních pedagogů na stárnoucí populaci žijící v rezidenčních zařízeních. Mezi tyto práce můžeme zařadit například Speciálně andragogická intervence u zrakově postižených seniorů v rezidenčním prostředí (Bělovová, 2009), Aktivizace seniorů z pohledu speciální pedagogiky (Pospíšilová, 2015), Speciální pedagog a jeho úloha v péči o seniory v sociálních službách (Karkošová, 2014) a další.

2.5 Práce se zdroji

V celém rozsahu rigorózní práce bylo pracováno s více než 165 různými zdroji. Kategoriálně je zastupovaly především monografie, odborné články či statě, legislativní normy, cizojazyčné monografie, články a v neposlední řadě také příspěvky na webu. Jednotlivé kapitoly jsou různě dlouhé, což má také přímý vztah k tomu, kolik v nich bylo užito zdrojů. Nejkratší kapitolou je kapitola, jež nastiňuje koncepci profesního uplatnění speciálních pedagogů v institucích pro seniory. Nejdelší a co do složení zdrojů také nejdiferencovanější je po té kapitola o terapeutickém působení speciálních pedagogů v rezidenčních institucích, kterou i já osobně považuji z celé práce za nejcennější.

V kapitole o legislativním ukotvení speciálních pedagogů ve zdravotních a sociálních službách bylo užito celkem devatenáct zdrojů, z nichž nejvyšší počet představuje především legislativní dokumenty (zákony o zdravotních a sociálních službách) a monografie.

V oblasti zdravotních a sociálních služeb je opět nejvíce pracováno s legislativními normami a normami, které pojednávají problematiku rezidenční péče o seniory v Čechách (srov. Čermák, 2015, Malíková, 2011) neméně důležitou součástí kapitoly tvoří také statistické údaje sledované na Ministerstvu práce a sociálních a Ministerstvu zdravotnictví.

Kapitola, jež nastiňuje základní koncepci profesního uplatnění speciálních pedagogů v rámci rezidenční péče o seniory, je nejvíce satureována monografiemi, které vychází především z oblasti geragogiky (Mühlpachr, 2001, Mühlpachr, 2009) a speciální

pedagogiky (Pipeková, 2006, Renotírová, 2006 a další). Z oblasti legislativních dokumentů se jedná především o Zákon o sociálních službách a nelékařských zdravotnických povoláních (srov. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a Zákon č. 96/2004 Sb.)

V oblasti speciálně pedagogického poradenství je dán opět největší prostor monografiím a legislativním normám, kde zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách vymezuje základní a odborné sociální poradenství, jakožto povinnou poradenskou aktivitu každé sociální služby. Dále je to například zákon č. 89/2012 Sb. tzv. občanský zákoník, který specificky řeší například zastupování členem domácnosti apod.

Diagnostická role speciálního pedagoga v zařízeních sociálních a zdravotních služeb pro seniory je vymezena analýzou poznatků z geriatric (srov. Kalvach, 2008, Heřmanová, 2006, Holmerová, 2007 a další), neuropsychologie (Preiss, 1998, Preiss, 2012, Nebauer, 2007 a další), ale také cizojazyčných zdrojů, které pojednávají o tvorbě a standardizaci jednotlivých diagnostických materiálů (Mitchell, Rizo, Meader, 2010 a další).

Poslední kapitola pojednávající o terapeutickém působení speciálních pedagogů v rezidenčních zařízeních sociálních a zdravotních služeb pro seniory obsahuje nejvíce zdrojů, které byly přednostně vybírány z monografie autorů jednotlivých koncepcí (Zeileiová, 2007, Špatenková, 2011 a další). Dále byly použity odborné cizojazyčné statě o terapiích, které nejsou v českých podmínkách dostatečně zpracovány (Feil, 2012, Bruscia, 2012 apod.).

Při zpracovávání této práce bylo postupováno systémem shora dolů. Vždy jsem nejdříve vyhledával ucelené publikace o daných tématech, které jsem následně doplňoval o odborné články a příspěvky z webů odborných organizací. Tam, kde soudobá česká literatura chybí, jsem volil metodu studia cizojazyčných odborných textů a to nejvíce v kapitolách pojednávajících o specifických přístupech k práci se seniory s demencí. Všechny zdroje jsou uvedeny v seznamu literatury a zároveň numericky vyjádřeny v následující tabulce.

Tabulka č. 1 – zdroje práce

Kapitola	Monografie	Příspěvky na webu	Zákony	Články	Cizo-jazyčné zdroje	Celkem
Ukotvení profese	10	0	7	4	0	21
Zdravotní a sociální služby	9	2	4	2	0	17
SPPG role	9	2	7	0	0	18
Poradenství	8	0	6	1	0	15
Diagnostika	27	2	4	10	2	45
Terapie	35	3	1	3	10	52

Pozn. některé zdroje se v rámci kapitol opakují.

3. Speciální pedagog jako profese v kontextu sociálních a zdravotních služeb

Naše společnost stárne a společně s tímto fenoménem se objevují nová témata snad ve všech typech pomáhajících profesí a to včetně speciální pedagogiky. Tato témata jako jsou celoživotní vzdělávání, terapie a ještě obecněji řečeno komprehenzivní rehabilitace zdravotně postižených seniorů, která by dříve tradičně uvažujícím speciálním pedagogům, řešícím „své“ kategorie postižených, nepřišla na mysl, jsou dnes velmi živá a speciální pedagogika je jistě jedním z oborů, který k nim má co říci (srov. Krejčířová, Vymazalová, Hublar, 2011). Pomyslná „startovací čára“ speciálních pedagogů v oblasti zákonného vymezení jejich profese v oblasti sociálních a zdravotních služeb však není příliš konkrétní a jistá.

3.1 Cesta speciální pedagogiky ke stárnoucí populaci jako své cílové skupině

Tradice oficiálního vzdělávání a profesního uplatnění speciálních pedagogů není příliš dávná a v českých zemích se pojí především se jménem profesora Miloše Sováka, který společně Bohumírem Popelářem v roce 1972 vymezil v díle „Nárys speciální pedagogiky“ základní rysy toho vědního oboru, s čímž neodmyslitelně souvisí i založení Katedry speciální pedagogiky na Pedagogické fakultě Karlovy Univerzity v Praze, která dodnes společně s dalšími katedrami speciální pedagogiky provádí aktivní výzkum v této oblasti a vzdělává speciální pedagogy (Renotiérová, 2006, Pipeková, 2006).

V tomto tradičním pojetí byli speciální pedagogové vnímáni jako odborníci na vzdělávání dětí a mládeže vyžadující zvláštní péči vzhledem k jejich postižení či obecně dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu. Prof. Miloš Sovák jedinečným, avšak světově nerespektovaným a dnes již spíše historickým způsobem rozdělil speciální pedagogiku na jednotlivé „pedie“, čímž také zásadně ovlivnil vzdělávání a profesní uplatnění speciálních pedagogů a to obzvláště logopedů, kteří zůstávají jako samostatná zdravotnická profese (klinicky logoped srov. se Zákonem č. 96/2004 Sb.) vyčlenění dodnes (Renotiérová, 2006, Pipeková, 2006).

Původní orientace speciální pedagogiky byla tedy velmi výrazně pedocentrická s přesahem do rané dospělosti v otázkách řešení zaměstnávání osob znevýhodněných postižením. Dnešní orientace speciální pedagogiky však daleko více odpovídá holistickému modelu pojetí osobnosti člověka znevýhodněného postižením a provází jej celým jeho životem a ve větší míře se také zabývá problematikou osob se získaným postižením, či ještě obecněji řečeno stárnoucí populací (Slowík, 2007, Renotiérová, 2006).

Tato změna v částečném odklonu období dětství je nejlépe patrná v kontextu ucelené rehabilitace potažmo v akčních plánech pro podporu zdravotně postižených osob či seniorů (srov. Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením 2015 -2020, Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období 2013-2017). Je tedy patrné, že speciální pedagogika pomalu odklání svůj fokus od období dětství a společně s dalšími vědními obory rekrutujícími se z řad pomáhajících profesí (medicína, ošetrovatelství, psychologie, sociální práce apod.), se začíná zaměřovat právě na období stáří, kde v současné době markantním způsobem narůstají procenta zdravotně postižených osob všech typů (Krejčířová, Vymazalová, Hublar, 2011).

Tato změna v orientaci současných speciálních pedagogů je navíc významně podpořena soudobou legislativní situací v oblasti vzdělávání a profesního uplatnění speciálních pedagogů, kdy zákon o pedagogických pracovnících považuje profesi speciálního pedagoga, který vystuduje jednooborovou speciální pedagogiku, za profesi neučitelskou tedy velmi problematicky uplatnitelnou v oblasti tradičního pojetí vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (srov. Zákon č. 563/2004 Sb. § 18). V dnešním školském systému se speciálními pedagogy nejčastěji setkáme ve školských poradenských pracovištích či ve školských zařízeních pro výkon ochranné a ústavní výchovy, eventuálně ve speciálním školství (srov. Vyhláška č. 72/2004 Sb., a Zákon č. 109/2002 Sb.). K nejasné situaci ohledně uplatnění speciálních pedagogů ve školství navíc přispívají i současné trendy v oblasti vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, tedy integrace a inkluze. V duchu těchto principů by do budoucna měli být všichni žáci vzdělávání v inkluzivní škole, což by logicky znamenalo rozpad současného systému speciálního školství resp. jeho další proměnu,

v nichž by mohla být budoucnost speciálních pedagogů, dle mého názoru, velmi nejistá (Hájková, Strnadová, 2010).

Na druhé straně tohoto problému se speciálním pedagogům otevírají nové možnosti toho, jak zužitkovat své znalosti a dovednosti z oblasti práce s osobami znevýhodněnými zdravotním postižením či sociálním znevýhodněním. Tyto možnosti speciálním pedagogům otevírá především oblast zdravotních a sociálních služeb, jejichž doménou jsou v drtivé většině případů právě klienti všech věkových skupin, sociálního postavení atp., kteří mimo sociální a zdravotní péče, prevence a poradenství potřebují zcela jistě i speciálně pedagogickou intervenci.

Bohužel není současné právní ukotvení speciální pedagogiky v kontextu sociálních a zdravotních služeb příliš konkrétní a pro poskytovatele těchto služeb může být možnost zaměstnání speciálních pedagogů nerealizovatelná. V následujících kapitolách proto popíši současné legislativní ukotvení možnosti, jak a kde zaměstnat speciálního pedagoga ve zdravotních a sociálních službách.

3.2 Legislativní ukotvení profese speciálního pedagoga v sociálních službách

Zákon o sociálních službách se o uplatnění speciálních pedagogů zmiňuje jen okrajově a velmi vágně. Podstatnou informací, která vymezuje možnost zaměstnávat speciální pedagogy v sociálních službách, obsahuje část 8, hlava 1, § 110/4 o odborné způsobilosti k výkonu povolání sociálního pracovníka. V tomto paragrafu je zmíněno, že za odbornou kvalifikaci se považuje i úplné vysokoškolské vzdělání v oboru speciální pedagogiky (zákon č. 108/2006 Sb.). Na rozdíl od zákona o pedagogických pracovnících zákon o sociálních službách nevymezuje, zda musí být pro úplnou kvalifikaci toto vzdělání v magisterském nebo bakalářském stupni (srov. Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon č. 563/2004).

V tomto případě (kdy poskytovatel služby zaměstná absolventa speciální pedagogiky na pozici sociálního pracovníka) se ovšem často jedná o profesní rozpor. Resp. zaměstnavatel přijme speciálního pedagoga pro jeho zákonnou kvalifikaci na pozici

sociálního pracovníka, jehož předpokládaný okruh činností je dle zákona o sociálních službách zcela jiný než u speciálního pedagoga dle zákona o pedagogických pracovnících. Fakticky to tedy znamená, že takto zaměstnaný speciální pedagog nemůže v dané sociální službě speciálně pedagogicky intervenovat, protože vykonává pracovní činnost sociálního pracovníka v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. V konečném důsledku se tedy nejedná o zaměstnání na pozici speciálního pedagoga.

Druhou možnost zaměstnání speciálního pedagoga předkládá zákon o sociálních službách v § 115 písmenu „D“, kde je vymezeno, že v sociálních službách může pracovat pedagogický pracovník, tedy i speciální pedagog. Dále již tento zákon nerozpracovává, co by měl pedagogický pracovník v sociálních službách dělat, ani v jakých sociálních službách by měl pracovat (srov. Zákon č. 108/2006 Sb.), popř. v jakých službách by měla být povinnost zaměstnávat pedagogického pracovníka. Předpokládáme tedy, že náplň činnosti pedagogického pracovníka, odborná kvalifikace atp. v tomto smyslu je vymežována Zákonem o pedagogických pracovnících č. 563/2004 Sb.

V letech 2008 -2010 pracovalo v sociálních službách 55986 zaměstnanců z toho 929 pedagogických pracovníků, kterých pracovalo nejvíce ve službě „Domov pro osoby se zdravotním postižením“ a to v počtu 394. V domovech se zvláštním režimem pracovalo 26 pedagogických pracovníků a v domovech pro seniory 7 (srov. MPSV Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, 2010), což je potvrzuje mou předešlou premisu o velmi problematickém uplatnění pedagogických pracovníků v zařízeních sociálních služeb pro seniory.

3.3 Legislativní ukotvení profese speciálního pedagoga ve zdravotních službách

V oblasti poskytování zdravotních služeb má uplatnění speciálního pedagoga daleko jasnější rysy. V podstatě se jedná o zaměstnávání speciálních pedagogů na pozici zdravotnických pracovníků v souladu se Zákonem č. 96/2004 Sb. a Vyhláškou č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Mezi tyto speciálně pedagogicky vzdělané zdravotnické pracovníky patří zejména klinický logoped, zrakový terapeut, po absolvování příslušného kurzu může speciální pedagog vykonávat také pozici zdravotně sociálního pracovníka nebo odborného pracovníka v ochranně a podpoře veřejného zdraví či arteterapeuta (Zákon č. 96/2004 Sb., Vyhláška č. 55/2011 Sb.)

Další možnost zaměstnávání pedagogických pracovníků připouští Zákon č. 96/2004 Sb. v oblasti tzv. jiných odborných pracovníků, mezi které řadí i absolventy pedagogických oborů s kvalifikací pedagogického pracovníka dle Zákona č. 563/2004 Sb., o tom, co mají tito pedagogičtí pracovníci ve zdravotních službách dělat nebo jaké pozice mají zastupovat, se zákon nezmiňuje.

Samostatnou kapitolou pedagogických zaměstnanců pak jsou učitelé nemocničních škol, které se řídí školským Zákonem č. 561/2004 Sb. a Zákonem č. 563/2004 Sb.

Ve zdravotních službách pracovalo v roce 2011 248 217 zaměstnanců z toho 296 pedagogických pracovníků (UZIS, 2013).

Závěrem

Speciální pedagogika je dynamický, proměnlivý obor, který postupně začíná přesahovat své mantinely skládající se z oborové pedocentrické typizace dle jednotlivých postižení. Díky celospolečenským změnám se tak začíná více věnovat problematice stárnoucí populace, která velmi pravděpodobně brzy ovládne z větší části problematiku osob se zdravotním postižením.

Co se týče pobytových sociálních a zdravotních služeb specificky zaměřených na seniory je myslím zřejmé, že ani v jedné ze zákonných norem nenalezneme konkrétní zmínku o tom, zda a jakým způsobem může speciální pedagog v těchto zařízeních působit. Z toho logicky vyplývá, že vždy záleží na konkrétním poskytovateli služby, zda je přesvědčen o tom, že jeho cílová skupina potřebuje speciálně pedagogické intervence. Zaměstnávání pedagogických pracovníků v primárně nepedagogických subjektech je také vždy otázkou finančních prostředků, kde vzít na plat tohoto

pracovníka, o čemž svědčí i velmi nízká čísla ze statistických šetření v sociálních a zdravotních službách (srov. MPSV Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, 2010, UZIS, 2013)

4. Rezidenční zařízení zdravotních a sociálních služeb pro seniory

Zařízení sociálních a zdravotních služeb pro seniory jsou pobytová zařízení, ve kterých nejčastěji pobývají senioři, kteří jsou buď zcela, nebo částečně nesoběstační a potřebují dotaci trvalé péče druhé osoby, jinak by hrozilo zhoršení jejich psychického, sociálního i zdravotního stavu.

Jedná se o institucionální služby se všemi svými riziky (jako je hospitalizmus, psychická deprivace) i výhodami (stála zdravotní i sociální péče atd.). Tato zařízení tvoří síť zdravotně – sociální péče o seniory v Čechách, která je nezbytná pro péči o stárnoucí obyvatelstvo (Zákon č. 108/2006 Sb., Malíková, 2011).

4.1 Rezidenční zařízení sociálních služeb pro seniory

Mezi rezidenční zařízení sociálních služeb určených pro seniory řadíme ta zařízení, která poskytují sociální služby, tedy činnost nebo soubor činností směřující k pomoci a podpoře osobám v nepříznivé sociální situaci za účelem sociálního začlenění nebo prevenci sociálního vyloučení (Zákon č. 108/2006 Sb. Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Jako rezidenční zařízení sociálních služeb pro seniory označujeme dle zákona o sociálních službách zejména Domovy pro seniory a Domovy se zvláštním režimem.

4.1.1 Domov pro seniory (DS)

Domov pro seniory je rezidenční zařízení sociálních služeb, které v systému zákona o sociálních službách řadíme do kategorie pobytových služeb sociální péče. Jedná se o takové zařízení, které poskytuje trvalou sociální i zdravotní péči seniorům starším pětadesáti let, kteří potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby (Zákon č. 108/2006 Sb., Malíková, 2011).

Základní služby, které tato služba poskytuje, jsou především služby související s pomocí při osobní hygieně, s pomocí přípravy nebo poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, sociálně terapeutické aktivity, pomoc s vyřízením oprávněných zájmů a podobně (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Domovy pro seniory poskytují své služby na základě smlouvy o poskytnutí služby za úplatu. Maximální výše platby za hotelové služby v domovech pro seniory zřizovaných státem nebo krajskými či obecními samosprávami je 10800,- + příspěvek na péči dle stupně závislosti klienta (srov. Vyhláška č. 505/2006 Sb.). V lednu roku 2016 bylo v registru sociálních služeb registrováno 511 domovů pro seniory, což je v meziročním srovnání o pět domovů více než v loňském roce (srov. Čermák, 2015).

Personálně službu zajišťují nejčastěji pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci, všeobecné sestry, lékaři a technickohospodářští pracovníci (Malíková, 2011).

4.1.2 Domov se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem je v systému sociálních služeb zařazen stejným způsobem jako domov pro seniory tedy do pobytových služeb sociální péče s tím rozdílem, že většina domovů se zvláštním režimem se specializují na péči o klienty s konkrétní diagnózou jako je například Alzheimerova demence (Králová, Rážová, 2012, Zákon č. 108/2006 Sb.).

Další skupiny osob, které mohou být cílovou skupinou domova se zvláštním režimem, mohou být například osoby závislé na psychoaktivních látkách, s chronickým duševním onemocněním apod. (Zákon č. 108/2006 Sb). Některé domovy se zvláštním režimem poskytují své služby i lidem v produktivním věku (srov. SSMP, 2015).

Režim v domovech se zvláštním režimem bývá upraven potřebám klientů, kteří v něm žijí. V praxi to znamená, že jsou zde mechanické bariéry bránící útěku zmatených klientů. V domovech se zvláštním režimem mohou být zřizovány různé terapeutické místnosti, může zde být upraven systém stravování, tak aby se klienti nemohli vzájemně poškodit nádobím, může být upraven denní režim, mohou zde být zřizovány sociálně terapeutické dílny a podobně (Malíková, 2011, Králová, Rážová, 2012, Zákon č. 108/2006 Sb.).

Ostatní náležitosti realizace této služby jsou stejné jako v případě domova pro seniory.

V lednu roku 2016 bylo v registru sociálních služeb registrováno 300 domovů se zvláštním režimem, což je v meziročním srovnání 21 domovů více (srov. Čermák, 2015).

4.2 Rezidenční zařízení zdravotních služeb pro seniory

Rezidenčních zařízení zdravotních služeb určených pro seniory existuje celá řada. V tomto smyslu můžeme uvažovat o stanicích jednotlivých oddělení v rámci nemocnic až po rehabilitační ústavy či pro seniorskou populaci nejtypičtější léčebny dlouhodobě nemocných a oddělení lůžkové a akutní geriatric (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Pro účely této práce rozumíme zařízením zdravotních služeb pro seniory především ta zařízení, která poskytují především následnou nebo dlouhodobou péči v souladu se zákonem o zdravotních službách. Mezi tato zařízení řadíme především již výše zmíněné léčebny dlouhodobě nemocných a lůžková oddělení geriatric.

4.2.1 Léčebny dlouhodobě nemocných

Léčebny dlouhodobě nemocných jsou registrovaná zdravotnická zařízení poskytující následnou a dlouhodobou péči. V systému poskytování zdravotních služeb je řadíme mezi poskytovatele lůžkové zdravotní péče. Na území Čech mají LDN bohatou tradici sahající do šedesátých let dvacátého století. V současné době je jejich činnost řízena zákonem o zdravotních službách (č. 372/2011 Sb.) počet lůžek se s proměnlivou tendencí odhaduje k 7000 (srov. Kalvach, 2008).

Charakteristickým znakem léčeben dlouhodobě nemocných je fakt, že pečují o velké množství různorodé klientely s minimálním počtem personálu často s maximálním vytížením obloženosti daného zařízení (srov. Motejl, 2006, Princová, 2009 Vyhláška č. 99/2012 Sb.). Česká geriatrická a gerontologická společnost (2006) považuje současný stav v oblasti poskytování zdravotních služeb léčebnami dlouhodobě nemocných za přežitý a nebezpečný jak pro personál, tak pro pacienty.

Převážnou část klientely léčeben dlouhodobě nemocných (odhaduje se až 80%) tvoří senioři vyžadující buď následnou péči (tedy péči, která je věnována pacientovi po té,

co mu byla stanovena základní diagnóza a byl zvládnut akutní stav jeho onemocnění a přesto tento pacient potřebuje doléčení a zvláště pak zařazení do léčebně rehabilitačního procesu) nebo dlouhodobou péčí, která je charakteristicky poskytována těm pacientům, jejichž zdravotní stav se již nedá léčebnou péčí podstatně zlepšit, ale bez stálého přísunu ošetrovatelské péče se zhoršuje (Kalvach, 2008, zákon č. 372/2011 Sb.).

Léčebny dlouhodobě nemocných v dnešní době nejsou profilována jako odborná zdravotnická zařízení určená k výhradní péči o seniory, nepatří tedy ani do soustavy geriatrických lůžek a proto zde nemusí pracovat odborníci na stáří – geriatři a sestry specializované v geriatrii. Základní personální soustavu tvoří všeobecné sestry, sanitární pracovníci, lékaři, fyzioterapeuti a zdravotně sociální pracovníci (Vyhláška č. 99/2012 Sb.)

4.2.2 Lůžková oddělení Geriatrie

Lůžková oddělení geriatrie bývají většinou vedena jako součást nemocničního komplexu. Na svých lůžkách sdružují velmi podobnou klientelu jako léčebny dlouhodobě nemocných s tím, že na oddělení akutní geriatrie mohou být hospitalizováni i pacienti ve vážných, život ohrožujících stavech (Kalvach, 2008, Topinková, 2005, Zákon č. 372/2011Sb.).

Základní funkcí lůžek akutní geriatrie je podle Topinkové (2005) především celkové zhodnocení životní situace klienta včetně všech jejích i nemedicínských aspektů, posouzení atypicky probíhající komorbidních onemocnění, řešení problematiky geriatrických syndromů, léčba chronických ran, řešení potíží s imobilitou včetně poradenství rodinám. Lůžková oddělení geriatrie by měl vždy odborně zaštitovat geriatr.

4.3 Dopady vlivu pobytových služeb do života seniora v instituci

Život v institucích je umělou paralelou k normálnímu, běžnému životu v rodině, která přichází v takových životních situacích, kdy se rodina nemůže, nechce nebo nedokáže o svého příbuzného postarat (je jedno zda o seniora či o dítě). Dopady institucionalizovaného způsobu života na psychickou (a v konečném důsledku i na somatickou a sociální) stránku osobnosti každého, soustavně žijícího jedince v instituci, jsou nesmazatelné a často mají charakter trvalých charakterových, emočních a behaviorálních změn (Matějček, 2005).

Senioři patří mezi jednu z nejohroženějších skupin trvale žijící v instituci a to obzvláště pokud trpí demencí (Tošnerová, 2002). Většina rezidenčních zdravotních a pobytových sociálních služeb pro seniory má totiž charakter totálních institucí (Vávrová, 2012). Mezi totální instituce patří v oblasti poskytování péče seniorům nejčastěji léčebny dlouhodobě nemocných a domovy pro seniory (a se zvláštním režimem). Charakteristické přitom pro tyto zařízení je, že skrze své totální strategie, které realizuje personál, likvidují individuální identitu jedince a nahrazují ji identitou kolektivní, která slouží k náplni poslání dané instituce – např. cílem léčebny dlouhodobě nemocných není podporovat individualitu jedince, ale postarat se o velké množství nemocných (srov. Vávrová, 2012, Čermák, 2015).

Mezi tyto strategie patří například znevýznamňování života před pobytem v instituci (personálu je jedno, zda byl dotyčný učitel, dělník), redukce osobního prostoru (pacienti mají jeden noční stolek), jednostranné informace (personál ví o pacientech vše, naopak nikoliv), erární prádlo apod. Reakce pacientů na tyto strategie je po té různá, přičemž u seniorů je nejčastější strategií situační ústup s tendencí k apatii a uzavřeností do sebe (Vávrová, 2012).

K totálnímu charakteru institucí pro seniory se pak pojí další dvě významná ohrožení seniorů v rámci jejich pobytu v instituci. K nim řadíme zejména ohrožení zanedbávání a týrání personálem (fyzickým, psychickým, finančním, sociálním), který může využívat svého vlivu svěřené totální moci a po té to jsou právě poruchy adaptace na ústavní prostředí (Tošnerová, 2002, Čermák, 2015).

Častým jevem, který můžeme v zařízeních sociálních, a zdravotních služeb pozorovat jsou již zmíněné poruchy adaptace na ústavní prostředí. Pro seniory je často nesnadné sžít se s novým prostředím, které má charakter instituce, kde musí často na povel vstávat, jíst, mýt se, spát. Takové jednání u seniorů nejčastěji generuje dvě formy psychického prožívání. Mezi poruchy adaptace řadíme zejména geriatrický hospitalizmus (tedy souhrn negativních, funkčních důsledků hospitalizace u seniorů, projevující se jako porucha adaptace na nemoc nebo nemocniční prostředí), psychickou deprivaci (tedy stav, kdy člověk dlouhodobě nemůže uspokojit své potřeby, což se může projevovat například postupnou ztrátou zájmu o dění kolem sebe, o navazování nových vztahových vazeb, regresivním profilem v chování, postupným snižováním úrovně soběstačnosti, zvyšováním míry závislosti na personálu, komplexní apatie, v chování pozorovanou stereotypií) (Matějček, 2005, Kalvach, 2004, Čermák, 2015). Geriatrický hospitalizmus a psychická deprivace také přímo souvisí s výskytem demence a deprese u seniorů v rezidenčních zařízeních sociálních a zdravotních služeb (srov. Kapitoly o diagnostice psychických funkcí seniorů).

Podle mého názoru i zkušeností lze většině negativních dopadů totálních institucí na seniory předcházet. Jako jeden z možných názorů této prevence vnímám právě pracovní uplatnění speciálních pedagogů v rezidenčních zařízeních sociálních a zdravotních služeb, které představuji v následujících kapitolách. "

Závěrem

Mezi základní zařízení rezidenční péče o seniory ve zdravotních službách řadíme především domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, léčebny dlouhodobě nemocných a lůžková oddělení geriatry. Tato zařízení společně tvoří systém zdravotně-sociální péče o seniory, kteří potřebují stálou nebo přechodnou, úplnou či částečnou pomoc druhé osoby. V současné době je hlavním problémem totální charakter rezidenčních institucí, který se podílí na zvýšeném riziku vzniku hospitalizmus, psychické deprivace, demence a deprese. Institucionalizace pobytové péče o seniory v ČR v současné nabývá značných rozměrů, proto je potřeba se dopady institucí na osobnosti seniorů stále zabývat.

Institucionální péči v ČR o seniory významně ovlivňuje také nedostatečná propojenost zdravotně-sociální péče, která by vedla k optimalizaci lůžek zdravotní a sociální péče tak, aby v rezidenčních zařízeních sociálních služeb pro seniory nepobývali klienti, kteří potřebují zdravotní péči a naopak (srov. Horehled', 2008).

5. Role speciálního pedagoga v rezidenčních zařízeních sociálních a zdravotních služeb

Profesní role speciálního pedagoga v rámci rezidenčních zařízení sociálních a zdravotních (krom výše zmíněných zdravotnických profesí) služeb pro seniory není vymezena žádným legislativně platným dokumentem a v současné době není ani literárně zpracována.

V následujících řádcích proto představím vlastní koncepci možnosti utváření profesních rolí speciálního pedagoga v těchto zařízeních sociálních a zdravotních služeb, kterou zakládám především na současných legislativních možnostech, vlastních pracovních zkušenostech z oblasti zdravotních a sociálních služeb zaměřených na poskytování pobytové péče seniorům a v neposlední řadě také na tradičním pojetí pracovního uplatnění speciálního pedagoga ve schématu poradce – diagnostik – terapeut (srov. Přinosilová, 2007).

Aby bylo vůbec možné komplexně pochopit, v jakých složitostech se „rodí“ profesní uplatnění speciálních pedagogů na tomto poli, je nutné v úvodu této části práce popsat také soudobý vztah speciální pedagogiky k tématu stáří.

5.1 Soudobá speciální pedagogika ve vztahu ke stárnoucí populaci

V úvodní kapitole první části této práce jsem popisoval, jakou cestu musela urazit speciální pedagogika k tomu, aby se stárnoucí populace mohla stát jednou z jejich cílových skupin. Tato kapitola má ovšem jiný cíl a tím je popsat současnou realitu na poli speciálně pedagogických poznatků a postojů odborníků k tématu seniorů.

Základní otázkami, které si musím v tomto případě položit, jsou:

- Je problematika stáří předmětem zkoumání tradičně pojímaných speciálně pedagogických subdisciplín ve smyslu jednotlivých „pedií“?
- Stojí vedle těchto „pedií“ jako samostatná subdisciplína, která zatím nemá vlastní název?

- Je předmětem jednotné integrující speciálně pedagogické disciplíny například speciálně pedagogické andragogiky nebo speciálně pedagogické geragogiky?

Je pravdou, že v rámci jednotlivých subdisciplín speciální pedagogiky jistě vznikají metodiky práce se seniory (například TyfloCentra, o.s., programy logopedické intervence při afáziích apod.), avšak jejich počet a kvalita jistě není na takové úrovni zpracování, jako je pro období dětství. Psychopedie ve svém definičním rámci dokonce zmiňuje, že se zabývá i problematikou získaného mentálního postižení – demencí (srov. Pipeková, 2006, Renotírová, 2006, Slowík, 2007), pravda je ovšem taková, že server české psychopedické společnosti nic takového nenaznačuje a pojednává jen o problematice vrozeného mentálního postižení (srov. Psychopedická společnost, 2016).

Ani integrující speciálně pedagogické disciplíny nepředkládají nijak ucelený systém speciálně pedagogické podpory pro seniory. Speciálně pedagogická andragogika jako integrální součást speciální pedagogiky *„se zabývá prevencí a prognostikou zdravotních postižení se zvláštním zřetelem na edukaci, reedukaci, diagnostiku, terapeuticko-formativní působení, kompenzaci, rehabilitaci, inkluzi (integraci), socializaci či resocializaci a vedení dospělých osob, které jsou z důvodu jejich postižení znevýhodněni ve společenském životě.“* (Langer, 2006, s. 80) v současné době zaznamenává jistý rozvoj díky Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, kde je také vyučována a je také předmětem výzkumných snah (srov. Krejčířová, Vymazalová, Hublar, 2011).

Bylo by ovšem chybou, domnívat se, že speciálně pedagogická andragogika specificky řeší problematiku seniorů v kontextu speciální pedagogiky. Nikoliv tato vědní disciplína se zabývá především životem dospělých osob s postižením a problematiku seniorů „přenechává“ speciálně pedagogické geragogice (srov. Krejčířová, Vymazalová, Hublar, 2011). Tato speciálně pedagogická disciplína je v českých vědeckých kruzích zastoupena jedinou publikací a to učebnicovým textem *„Geragogika pro speciální pedagogy“* (srov. Mühlpachr, Staníček, 2000), z čehož logicky vyplývá, že je při nejlepším akademickou disciplínou bez praktické realizace.

Na základě těchto zjištění uzavírám, že současný postoj speciální pedagogiky vůči stáří a stárnutí je dle mého názoru velmi nejistý, popř. není vlastně vůbec žádný, což má jistě i přímý vztah k možnosti pracovního uplatnění speciálních pedagogů v pobytových zařízeních sociálních a zdravotních služeb pro seniory, protože tito pracovníci jsou v současné době odkázáni především sami na sebe, na své odborné znalosti, kompetence a intuici, vzhledem k tomu, že v podstatě neexistují ani publikace ani zákonné normy, o které by se mohli opřít.

Dle mého názoru bude potřeba velké snahy značné a personální i finanční investice do rozvoje speciálně pedagogického výzkumu v této oblasti, tak aby budoucí speciální pedagogové, kteří se budou potýkat s daleko větším nárůstem seniorské populace než my dnes (srov. demografie.info, 2014), měli dostatek diagnostických, poradenských a terapeutických nástrojů pro práci s touto populací.

5.2 Speciální pedagog jako poradce

S oblastí speciálně-pedagogického poradenství se v ČR setkáme především v oblasti školských poradenských pracovišť, školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy, ve věznicích a v neposlední řadě také v některých sociálních službách typu rané péče, stacionářů, domovů pro osoby se zdravotním postižením apod. (srov. Vyhláška č. 72/2005 Sb., zákon č. 109/2000 Sb., zákon č. 108/2006 Sb., vyhláška č. 505/2006 Sb., zákon č. 563/2004 Sb.).

V oblasti poradenství seniorům a jejich rodinám v rezidenční péči zdravotních a sociálních služeb je speciálně-pedagogické poradenství spíše novinkou, která zatím nemá žádný pevný teoretický základ, proto se při jeho popisu opírám především osobních zkušeností z praxe.

5.3 Speciální pedagog jako diagnostik

Speciálně pedagogická diagnostika seniorů je v současné době otázkou spíše teoretické povahy, která teprve čeká na literární zpracování (Braun, 2014). Ucelené publikace v této oblasti zatím chybí. Právě proto musíme využívat diagnostických nástrojů z jiných vědních oborů (ošetřovatelství, medicína, sociální práce apod.), tak

abychom mohli účelně diagnostikovat případné obtíže seniora a následně nastavit odpovídající speciálně – pedagogickou podporu.

Z hlediska komplexní diagnostiky seniora vždy vycházíme ze všech dostupných materiálů, které nám je seniory schopen a ochoten poskytnout. Vzhledem k tomu, že speciální pedagog není zdravotnické povolání, je vždy nutný souhlas seniora nebo jeho zástupce s nahlížením do zdravotnické dokumentace (v souladu se Zákonem č. 372/2011 Sb.).

5.4 Speciální pedagog jako terapeut

Terapeutické působení speciálního pedagoga v rámci rezidenčních zařízení sociálních a zdravotních služeb je zásadní zejména v oblasti nefarmakologických přístupů v léčbě obtíží a nemocí, které seniory zužují. Ve většině případů se nejedná o terapii s úplným kurativním účinkem, ale spíše o podpůrnou terapii v kontextu uceleného přístupu. Nemalá část terapeutická práce speciálního pedagoga by měla směřovat především k aktivizaci seniora v rámci rezidenční péče (Mühlpachr, 2004).

Při terapeutickém působení na seniory v těchto zařízeních využíváme různých terapeutických konceptů a to například muzikoterapie, arteterapie, validační terapie apod. (srov. Čermák, 2015), kterým se budu podrobněji věnovat v samostatných kapitolách.

Závěrem

Speciální pedagog v rámci rezidenčních zařízení sociálních a zdravotních pro seniory služeb může vykonávat především tři funkce: poradce, diagnostik a terapeut. Jako takový může využívat různých diagnostických a terapeutických přístupů, které ovšem dosud nevyšly z přímé speciálně – pedagogické praxe, ale jsou získané z jiných oborů, proto je potřeba se s těmito metodami podrobně seznámit a v případě terapeutických metod se na ně také rekvalifikovat. V oblasti poradenství by měl speciální pedagog velmi dobře ovládat poradenství v oblasti zdravotních a sociálních služeb včetně základní orientaci v systému sociálních dávek.

6. Speciální pedagog jako poradce

Speciální pedagog v rámci rezidenčních zařízení sociálních a zdravotních služeb pro seniory zajišťuje komplexní speciálně – pedagogické poradenství, které zahrnuje především otázku sociálního poradenství, poradenství, personálu, rodinám seniorů a také přímo seniorům a dále také poradenství v otázce možností nefarmakologické terapie či podpory seniorů například s Alzheimerovou demencí či sníženou úrovní soběstačnosti.

6.1 Oblast sociálního poradenství

Základním typem poradenství, které by mělo být poskytováno všem seniorům v rezidenční péči zdravotních a sociálních služeb a jejich rodinám je jistě tzv. základní sociální poradenství ve smyslu Zákona č. 108/2006 Sb.

Tato oblast poradenství se mísí s poradenstvím sociálních pracovníků, avšak je nesmírně důležité si uvědomit, že každý pedagogický nebo sociální pracovník by měl umět seniorovi a jeho rodině kvalifikovaně poradit v oblasti sociální podpory a sociálních služeb (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Základní sociální poradenství je povinna bezplatně poskytnout každá sociální služba (Vyhláška č. 505/2006 Sb., Zákon č. 108/2006 Sb.).

Nejdůležitějším principem sociálního poradenství je poskytnutí informací a přiměřené podpory osobě v nepříznivé sociální situaci, která by přispěla k jejímu řešení při zachování principu subsidiarity a individuálního přístupu (zákon č. 108/2006, Matoušek, 2007, Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Sociální poradenství nabývá zvláštního zřetele obzvláště v období, kdy je seniory hospitalizován v rezidenčním zařízení zdravotních služeb, kde se také často rozhoduje o jeho budoucnosti obzvláště v případech, kdy se úroveň jeho soběstačnosti či zdravotní stav zhoršily natolik, že se o něj již nadále rodina není sama schopna postarat.

V takovém případě by měl dokázat speciální pedagog ve spolupráci se sociálním nebo zdravotně – sociálním pracovníkem seniorovi kvalifikovaně poradit obzvláště v následujících tématech:

- Poradenství v oblasti návazných služeb ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb. a zákona č. 372/2011 Sb. terénní a ambulantní služby.

V oblasti poradenství týkající se návazných sociálních služeb vždy využíváme tzv. přirozených zdrojů seniora a jeho rodiny. Vždy se nejprve snažíme nabídnout služby, které rodině seniora umožní pečovat o něj v jeho přirozeném prostředí. Nejčastěji se jedná o zdravotní službu domácí péče a sociální službu osobní asistence, pečovatelské služby, asistenta sociální péče, stacionáře, centra denních služeb apod.

- V případě, kdy senior potřebuje stálou pomoc druhé osoby, je vhodné rodině poradit v oblasti podání žádosti do rezidenčních zařízení sociálních služeb, respitní péče, stacionářů apod. (srov. Zákon č. 108/2006Sb., Zákon č. 372/2011 sb.).
- Poradenství v oblasti oprávněných zájmů – sociálních dávek. Základní schéma poradenství v oblasti sociálních dávek pro seniory tvoří především dávky pro osoby se zdravotním postižením a to zejména příspěvek na mobilitu, na zvláštní pomůcku, průkaz osoby zdravotně postižené (srov. Zákon č. 329/2011 Sb.), dále příspěvek na péči (srov. Zákon č. 108/2006 Sb.), z oblasti státní sociální podpory nejčastěji příspěvek na bydlení (srov. Zákon č. 117/1995 Sb.).

6.2 Poradenství rodinám seniorů

Příbuzní seniorů umístěných v rezidenčních zařízeních sociálních a zdravotních služeb se leckdy ocitají v nelehké situaci. Umístění blízkého příbuzného do rezidenčního zařízení totiž může provázet pocit viny či zpronevěry k vlastnímu příbuznému. Podpora rodiny pracovníkem zařízení zdravotních a sociálních služeb je také nezbytná pro lepší adaptaci seniora na nové prostředí, ale i rodiny na fakt, že jejich příbuzný se stává klientem ústavního zařízení (Vágnerová, 2000, Langmeier, Krejčířová, 2006).

Po zvládnutí úvodních fází adaptace by měla instituce dále vytvářet podmínky pro stálou spolupráci s rodinou, tak aby senior nezůstal v instituci osamocen. Může se jednat o organizování různých zážitkových akcí, společné setkávání apod. Tyto aktivity jsou nezbytné proto, aby se rodina udržela v kontaktu se seniorem (Matoušek, Kolářková, Kodymová, 2005).

Zcela specifická práce s rodinou pak přichází na řadu v situacích, kdy se senior ocitá v terminálním stadiu života. V takovém případě již rodina, ale i samotný senior potřebují více než poradenství doprovázení. Doprovázení jako přístup k tomu jakým způsobem provést seniora i jeho rodinu poslední fází jeho života je v našich podmínkách teprve v začátcích a prakticky se s ním setkáme pouze v oblasti hospicové péče. Řada odborníků a to zejména z řad zdravotnického personálu má k provázení stále skeptický přístup, přestože sami nedokážou kvalifikovaně a hlavně lidsky k umírajícímu přistupovat (srov. Vymětal, 2003, Svatošová, 2011).

Specifické sociálně – právní poradenství rodinám je potřeba poskytnout v případě, kdy o sobě senior není z různých důvodů schopen kvalifikovaně rozhodnout (nejčastěji z důvodu demence). Svízel této situace nastává právě v období, kdy již netrvají objektivní důvody pro to, aby senior dále pobýval ve zdravotnickém zařízení (kde může být hospitalizován na základě detenčního řízení, srov. 372/2011 Sb.) a je potřeba jej přesunout do zařízení sociálního, kde musí podepsat smlouvu o sociální službě (Vyhláška č. 505/2006 Sb.). V takovém případě je potřeba rodinu seniora obeznámit s možnostmi jeho zastupování.

Když pomineme legislativně velmi náročné a časově zdlouhavé řízení omezení svéprávnosti ve smyslu § 55–65 zákona č. 89/2012 Sb., zná občanský zákoník i institut zastupování členem domácnosti § 49–54. Zastupování členem domácnosti představuje určitý způsob ochrany tzv. oprávněných zájmů u zletilých osob s duševním onemocněním při jednání s fyzickými, právníckými osobami a orgány veřejné moci. Zastupujícím členem se rozumí například partner, manžel, sourozenec, dítě, předek apod., který musí vyslovit souhlas se zastupováním. O zastupování členem rodiny vždy rozhoduje soud (Zákon č. 89/2012 Sb.).

6.3 Poradenství personálu

Speciální pedagog v rámci rezidenčních zařízení zdravotních a sociálních služeb pro seniory nemusí plnit pouze roli poradce pro seniory a jejich rodiny. Práce v těchto zařízeních patří mezi nejtěžší a fyzicky i psychicky personál vyčerpává. Obzvláště práce s dementními a terminálně nemocnými seniory je velmi vyčerpávající a personál je díky ní velmi časně ohrožen syndromem vyhoření (Tošnerová, 2007).

Právě proto se doporučuje, aby se v těchto zařízeních zřídili otevřené konzultační hodiny pracovníka, který není zatížený přímou péčí o klienty, ale přitom je znalý problematiky poskytování této péče. Tento pracovník pak může ve svých otevřených hodinách personálu poskytovat podporu při zvládání zátěžových situací, které jejich profesi přináší. Může jim poradit, jak náročné situace zvládat, ale také je může jen vyslechnout (Motejl, 2006)

6.4 Poradenství v oblasti nefarmakologických terapeutických přístupů a metod

Poradenství v oblasti nefarmakologických terapeutických přístupů a metod může zahrnovat metody pro podporu kognitivních funkcí, bazální stimulaci, validační terapii, arteterapii, muzikoterapii apod. O všech těchto metodách se zmíním v samostatné kapitole o terapeutickém působení speciálních pedagogů v zařízeních rezidenční péče o seniory zdravotních a sociálních služeb.

Každý speciální pedagog by měl umět na základě svých zkušeností a znalostí navrhnout možné nefarmakologické přístupy k terapii obtíží seniora, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje.

V rezidenčních zařízeních sociálních služeb pro seniory je v tomto smyslu práce speciálního pedagoga se seniorem jednodušší. V sociálních zařízeních si totiž senior může zvolit docházku do terapeutického programu jako součást svého individuálního plánu (srov. Zákon č. 108/2006 Sb., Vyhláška č. 505/2006 Sb.) Ve zdravotnických zařízeních je tato situace o poznání složitější a vždy je otázkou spolupráce lékařského,

ošetřovatelského, rehabilitačního personálu a v neposlední řadě také managementu daného zařízení.

6.5 Speciální pedagog v poradenské praxi v roli edukátora

Při poradenských aktivitách je vždy třeba si uvědomit, že principem poradenství pro seniory není jenom nabízet a sdělovat informace, ale především efektivně edukovat, tedy vzdělávat a vychovávat v mezích, které jsou pro dospělou populaci přípustné. Při edukaci seniorů musíme mít vždy na mysli, že tato skupina osob má svá edukační specifika vyplývající především ze zhoršeného smyslového vnímání a snížené kognitivní pohotovosti (Langmeier, Krejčířová, 2006, Sochorová, 2013).

Znalost správných zásad edukačních technik může významně ovlivnit to, jaký účinek bude mít proces edukace na seniora. Zásadní přitom zůstává, že bychom měli o správných edukačních zásadách poučit i zdravotnické a sociální pracovníky, tak abychom v rámci pracovního kolektivu mohli pracovat s edukací seniora systematicky a efektivně. V případě, kdy u seniora převažuje některé ze smyslových postižení je vždy na místě zvolit specifické přístupy k edukaci v rámci speciálně pedagogických metodik (srov. Sochorová, 2013).

Sochorová (2013) shrnuje, že k vhodné edukaci seniorů je potřeba dodržet tyto zásady:

- Informace je třeba dělit na logické celky a dávkovat po částech.
- Vyhnout se odborné terminologii, vyjadřovat se srozumitelně.
- Vždy vycházejte z mentálního stavu klienta, z jeho vzdělání, znalostí a dovedností.
- Využívejte kombinace různých pomůcek, jako jsou obrázky, videa, zvukové stopy, tištěný edukační materiál.

Edukace seniorů se může soustředit na různá témata. Patřit mezi ně může například nácvik práce s kompenzační pomůckou, orientace po domě, ovládání televizoru apod.

Závěrem

Speciálně – pedagogické poradenství v rámci zařízení sociálních a zdravotních služeb pro seniory v současné době není nijak legislativně ani literárně ukotveno. V praxi tedy vždy záleží na momentálních potřebách seniora, kterému radíme. Dle mých zkušeností by měl být speciální pedagog vždy schopen seniorovi či jeho rodině poradit v oblasti sociálního poradenství a to zejména v oblasti dávek a následných služeb, dále by měl být schopen poradit rodině seniora v oblasti občanskoprávní při řešení zastupování a v neposlední řadě by měl být schopen navrhnout různé formy podpory seniora v rezidenční péči, mezi které můžeme zařadit zejména aktivizační programy pro seniory, kterým v této práci věnuji zvláštní kapitolu. Speciální pedagog může v zařízení zajišťovat také intervenci pro personál nikoliv jen pro seniory a jejich příbuzné. V takové případě může speciální pedagog zřídit otevřené konzultační hodiny, během kterých se za ním bude moci zastavit kdokoliv z personálu se svým pracovním problémem.

7. Speciální pedagog jako diagnostik

Komplexní speciálně pedagogická diagnostika je otázkou vstupních, průběžných a závěrečných screeningových testovacích metod, které by nám vždy měly poskytnout komplexní obraz o současném stavu, ve kterém se senior nachází. Při realizaci a následném vyhodnocování diagnostického procesu je vždy potřeba spolupracovat se zdravotnickými i sociálními pracovníky.

V některých zdravotnických a sociálních zařízeních je průběžné testování seniorů naprosto běžnou praxí, kterou realizuje především ošetrovatelský personál zastoupený všeobecnými sestrami (srov. Vyhláška č. 98/2012 Sb.). Z vlastní zkušenosti ovšem vím, že kvalitní testování seniorů vyžaduje dostatek času, tak aby získané informace měly skutečnou hodnotu a hlavně, aby se jejich hodnota po té účelně zrcadlila i v praxi.

Právě proto si myslím, že by otázku diagnostických screeningových metod mohl v zařízeních sociálních a zdravotních služeb, řešit právě speciální pedagog, který by zároveň také mohl dohlížet na to, jak se jeho doporučení (a samozřejmě také doporučení ostatních pracovníků a přání seniora), odráží v praxi. Převzetím screeningové části diagnostiky by speciální pedagog také mohl „ulevit“ ošetrovatelskému personálu od náročné administrativy tak, aby se tento personál mohl více věnovat přímé péči o pacienta či klienta, i když část diagnostických metod by měla vždy zůstat tzv. v rukou sestrám a dalšímu ošetrovatelskému personálu, protože právě tento personál je seniorům nejbližší, což činí jejich roli v diagnostice nezastupitelnou (Pokorná, 2013).

Pozn. Autora: Všechny níže zmíněné screeningové metody lze bezplatně získat na stránkách AD centra <http://www.nudz.cz/adcentrum/>.

7.1 Speciálně pedagogická diagnostika psychických funkcí u seniorů

(volně dle Čermáka, 2016)

Diagnostika psychických funkcí u seniorů je dnes dle mého názoru absolutně nejdůležitější screeningovou diagnostikou vůbec. Toto tvrzení vztahuji především ke dvěma doménám v diagnostice psychických funkcí a to je demence a deprese (srov. Preiss, 2012). Kotalová (2015) uvádí, že v rámci diferenciální diagnostiky demence je třeba screeningovat i delirantní stavy.

V rámci komplexní diagnostiky psychických funkcí seniorů bychom vždy měli využívat všech dostupných zdrojů informací, které máme k dispozici (Kotalová, 2015).

7.1.1 Speciálně pedagogická diagnostika demence

Demence tedy „syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek. (<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>), je v současné době celosvětovým problémem, což dokazují i závěry Alzheimerové společnosti (2009), podle které žilo v roce 2009 v Evropě 7,3 milionů seniorů s Alzheimerovou demencí ve věku do 85 let. Válková, Kolejsová, Holmerová (2010) uvádějí, že v roce 2009 žilo v ČR 123 194 osob s demencí s odhadem, že v roce 2015 jich bude 124 000. V ČR tvoří Alzheimerova demence 56% všech typů demencí (Alzheimerová společnost, 2009).

Se seniory se získaným mentálním postižením - demencí se setkáme v domácí i institucionální péči, ve zdravotních i sociálních službách, kde žijí nejčastěji v domovech se zvláštním režimem. Screeningové vyšetření kognitivních funkcí by dnes mělo být samozřejmou součástí vyšetření u praktického lékaře i jako vstupní a průběžné vyšetření při nástupu do rezidenčního zařízení sociálních a zdravotních

služeb (Kotalová, 2015, Malíková, 2011). Včasná diagnostika demence je absolutně zásadní pro další vývoj tohoto onemocnění. Čím dříve symptomy tohoto onemocnění zjistíme, tím dříve můžeme začít farmakologicky i nefarmakologicky intervenovat ve prospěch zpomalení postupu onemocnění. K vyléčení demence totiž v současné době nemáme ani farmakologické prostředky ani jiné nefarmakologické nástroje (srov. Kotalová, 2015, Kalvach, 2008, Preiss, 1998).

Screeningová diagnostika demence by se měla stát zásadním tématem obzvláště pro zdravotnické i nezdravotnické pracovníky pracující v oblasti rezidenční péče o seniory v Čechách. Z posledních výzkumů (srov. Vaňková et. kol., 2013) vyplývá, že v rezidenčních zařízeních sociálních služeb pro seniory, které nejsou primárně určeny pro seniory s demencí „Domovy pro seniory“ (srov. Zákon č. 108/2006 Sb.) žilo až 67% seniorů vykazujících symptomy syndromu demence. V komparativním pohledu s totožným výzkumem z roku 2007 došlo ke zvýšení počtu seniorů s demencí v domovech pro seniory o 29%, což je velmi závažné zjištění a to i vzhledem k tomu, že podstatná část těchto seniorů neměla demenci vůbec diagnostikovanou (Vaňková et. al., 2008, 2013).

V rámci speciálně pedagogické diagnostiky neuvažujeme o komplexní psychologické nebo neuropsychiatrické diagnostice a nesnažíme se u seniora stanovit komplexní diagnózu demence (srov. MKN 10), proto také nepoužíváme standardizované diagnostické nástroje určené pro psychology a psychiatry (například testy inteligence, paměti, pozornosti). Naším cílem je pomocí jednoduchých screeningových metod včas zachytit případný nástup symptomů implikujících demenci (Kotalová, 2015). Navíc, v praxi sociálních a zdravotních služeb je zdlouhavé testování standardními psychometrickými nástroji obtížné a vzhledem k vysokému věku seniorů často komplikovanému dalšími onemocněními i ne zcela průkazné (Topinková, Jiráček, Kožený, 2002, Kotalová, 2015).

V následujících kapitolách představím tři screeningové diagnostické nástroje vhodné k diagnostické práci speciálního pedagoga v oblasti diagnostiky kognitivních funkcí.

7. 1. 1.1 7 minutový test

Sedmi minutový test patří k základním screeningovým metodám užívaným v ČR, kterou na české podmínky adaptoval tým vedený prof. MUDr. Eva Topinkovou CSc. (2002). U tohoto testu byla v opakovaných studiích prokázána vysoká senzitivita pro Alzheimerovu demenci a také vysoká spolehlivost v odlišení intaktní populace (srov. Preiss, Kučerová, 2006).

Tento test je časově opravdu minimálně náročný, tudíž je pro každodenní práci diagnostika velmi vhodný. Obsahuje 4 sub testy, jež testují především ty oblasti, ve kterých osoba s Alzheimerovou demencí v běžném životě selhává. Mezi tyto oblasti patří především paměť, orientace, konstrukční schopnosti a časová orientace (Topinková, Jiráček, Kožený, 2002).

7.1.1.2 Minimentl state examination (MMSE)

Patří mezi základní screeningové testy, které v současné době slouží k diagnostice demence. Jedná se o test, k jehož administraci není třeba žádného speciálního zaškolení. Průměrná délka testování je cca 15 min. Tento jedním z testů, při jehož pozitivním nálezů lze stanovit diagnózu demence. Test obsahuje 9 sub testů skórovaných různým bodovým ohodnocením, kdy maximální součet činí třicet bodů (Štěpánková, Vidovičová, Höschl, 2015).

Současné užívání tohoto materiálu je řadou neurologů, psychologů a psychiatrů (srov. Štěpánková, Vidovičová, Höschl, 2015) kritizováno a to zejména proto, že test je založen především na verbální reprodukci testovaného. Je prokázáno, že výsledek testu může ovlivnit například i vzdělání a není zcela zřejmé, jak tím to testem testovat například seniora s fatickou (Štěpánková, Vidovičová, Höschl, 2015).

V současné době existují i nejasnosti ohledně interpretace výsledného skóru testu. Štěpánková, Vidovičová, Höschl, (2015) uvádějí, že existují značné rozdíly mezi autory výzkumů dementní populace v tom, který výsledek je již vnímán za pozitivní nález a který je ještě brán jako norma. V ČR zatím existuje obecná shoda mezi odborníky, že rozmezí mezi 27 – 30 body je bráno jako norma, 24 – 26 hraniční

pásmo, 24-18 lehká demence, 17 – 6 středně těžká demence a méně jak 6 těžká demence.

MMSE je test, který neumožňuje zjistit diferenciální diagnózu demence. Jeho zásadním problémem také je, že neumí spolehlivě detekovat tzv. lehké kognitivní deficit. Jeho nespornou výhodou naproti tomu je, že spolehlivě dokáže odlišit stupně pokročilé demence (srov. Preiss, Kučerová, 2006, Kotalová, 2015)

7.1.1.3 Adenbrookský kognitivní test (ACE –R)

ACE původně vznikl na základě domněnky o nespolehlivosti interprete konečného skóru MMSE. V roce 2000 byla Hodgesem et al. představena první verze, která byla v roce 2006 Mioschim et al. (2006) revidována do dnešní podoby ACE - R.

ACE – R je diagnostický nástroj, který je schopen provést i diferenciální diagnostiku Alzheimerovi demence od frontotemporální demence. V ČR je k dispozici od roku 2008. Tento diagnostický nástroj testuje oblasti jako je paměť, verbální fluence, jazykové schopnosti a zrakově-prostorové schopnosti. Maximální výsledek je 100 bodů, přičemž za signifikantní hodnotu je pro demenci považován skór 82 bodů (Preiss, 2012).

Štěpánková, Vidovičová, Höschl, (2015) uvádí, že podstatnou nevýhodou ACE - R je jeho časová náročnost, která se pohybuje nejméně okolo 20 minut, což tento test přesouvá z možnosti užití v primární praxi spíše do ambulancí psychiatrů a psychologů. Je také zásadní si uvědomit, že ač je ACE R velmi podrobný test, rozhodně na základě jeho výsledků nelze uvažovat o komplexní diagnóze demence, tu musí vždy provést psychiatr (Kotalová, 2015).

7.1.1.4 Montrealský kognitivní test MOCA – CZ

Montrealský kognitivní test je test, který byl vytvořen pro rychlé screeningové testování lehké kognitivní poruchy. Test testuje zejména pozornost, koncentraci, počítání, orientaci, jazyk atp. Jedná se o test, který byl se svolením původního autora modifikován na české podmínky. Doba jeho administrace je do 15 minut, přičemž maximální skóre je zisk 30 bodů. Ztráta 6 bodů se v testu stále považuje za normu.

Jako patologický nález je tedy brán až výsledný skóre nižší 23 bodů včetně. V současné době jsou v ČR k dispozici tři verze tohoto testu MOCA1 CZ, MOCA 2 CZ, MOCA 3 CZ, což je velmi efektivní vzhledem k opakovanému testování seniora během pobytu v zařízení (Válková, 2015).

7.1.2 Speciálně pedagogická diagnostika deprese

Deprese, tedy „stav patologického afektu působícího s převahou smutné nálady působící na vnímání, poznávání a emoční zkušenost“ (Topinková, 2005, s. 145) patří k jedné z nejčastějších psychiatrických diagnóz diagnostikovaných u seniorů. Topinková (2005) uvádí, že u seniorů žijících v běžné společnosti se prevalence demence odhaduje někde mezi 7% až 15 % u seniorů žijících v rezidenční péči mezi 20% až 30%. Toto tvrzení potvrzuje i Holmerová (2006), která provedla rozsáhlé screeningové šetření v domovech pro seniory. Výsledky tohoto šetření byly alarmující, 40% seniorů bylo postiženo mírnou depresí, 15% těžkou formou deprese, přičemž léčeno z nich bylo pouhých 44%. Toto alarmující zjištění samo o sobě vyzývá k tomu, aby v každém zařízení sociálních a zdravotních služeb byla diagnostice deprese věnována daleko větší pozornost, než je tomu v současnosti.

Dalším významným důvodem, proč je potřeba u seniorů screeningovat depresi je její vztah k demenci. Dostál (2011) uvádí, že deprese může být často průvodním jevem či součástí symptomatologie demence. Na druhou stranu může deprese imitovat demenci. Jedná se o tzv. depresivní pseudodemenci. Proto bychom do komplexní diagnostiky měli vždy zařadit screening demence i deprese (srov. Preiss, 2012).

K diagnostice deprese u seniorů nejčastěji využíváme Škálu deprese pro geriatrické pacienty.

7.1.2.1 Škála deprese pro geriatrické pacienty (GDS)

Mitchell, Bird, Rizzo a Meader (2010) považují tento diagnostický nástroj jako nejvhodnější pro diferenciální diagnostiku demence a deprese v pobytových zařízeních sociálních a zdravotních služeb.

Jedná se o patnácti položkový dotazník, kdy se administrátor ptá seniora na otázky týkající se jeho nálady v posledním týdnu. Senior odpovídá ano - ne. Administrátor skóruje odpovědi 1 bodem. Diagnosticky významné kritérium je od 6 ti získaných bodů, kdy usuzujeme na mírnou depresivitu. U skóre více než 11 se jedná o těžkou depresivitu. Existuje i zkrácená verze obsahující pouze pět otázek, z nich již dvě depresivní odpovědi jsou kritériem pro diagnózu deprese (srov. Kotalová, 2015).

7.2 Speciálně pedagogická diagnostika soběstačnosti

Soběstačnost bychom mohli vymezit jako schopnost nebo spíše soubor schopností, díky kterým je člověk schopen samostatně a bez pomoci nebo dohledu druhé osoby zvládat všechny denní činnosti a zastávat potřebné či očekávané sociální role v prostředí, ve kterém žije (Chlumecká, J. 2005).

Soběstačnost má přímý vztah ke kvalitě života seniora a v prostředí rezidenčních zařízení zdravotních a sociálních také k tomu, jakou míru podpory bude daný senior potřebovat. Kvalitně provedená diagnostika soběstačnosti by měla odhalit, na kolik potřebuje daný senior pomoc druhé osoby tak, aby o něj bylo komplexně postaráno, ale přitom aby nedocházelo k ubíjení jeho samostatnosti a soběstačnosti (srov. Hudáková, Majerníková, 2013, Dvořáčková, 2012, Malíková, 2011).

Dobře provedená diagnostika soběstačnosti má navíc přesah do činností i ostatních pracovníků v rámci zařízení zdravotních a sociálních služeb a to zejména do činností ošetrovatelského personál, pečovatelek, fyzioterapeutů a podobně. Podle úrovně soběstačnosti se také určují příspěvky na péči, ve zdravotnických zařízeních kategorie pacientů apod. (srov. Zákon č. 108/2006 Sb., zákon č. 372/2011 Sb.)

V oblasti diagnostiky soběstačnosti dnes máme na výběr celou řadu screeningových diagnostických materiálů, které testují různé oblasti soběstačnosti seniora. Zásadní přitom zůstává, že výsledky (většinou skóry) těchto metod by měly být srozumitelné všem členům týmu, který se o daného seniora stará (Heřmanová, Zvoníčková, 2006), tak aby danému seniorovi mohla být poskytnuta maximální podpora a péče, kterou potřebuje.

7.2.1 Test Aktivitis daily living (ADL)

Test ADL, tedy test posuzující nezávislost v běžných aktivitách života souvisejících s péčí o vlastní osobu. Jedná se jednoduchý screeningový test postihující oblasti jako je stravování, osobní hygiena, pohyb, kontinence.

V ČR i ve světě bývá tento test používán velmi často v přepracované formě od Barthelové, která tento test upravila pro potřeby každodenní ošetrovatelské praxe.

V testu je možno získat maximálně 100 bodů. Přičemž platí, že čím je senior soběstačnější, tím více skóruje. Za kritickou hodnotu je považováno méně jak 40 bodů, kdy usuzujeme na to, že je daný senior zcela odkázán na péči druhé osoby (Kalvach, 2004).

7.2.2 Test Instrumental aktivitis daily living (IADL)

Test IADL je test, který postihuje oblasti života týkající se rozšířené soběstačnosti, kterou rozumíme především schopnost samostatně plnit základní sociální úkony spojené s nakupováním, přípravou jídla, manipulací s financemi a podobně. Nízké skóre v tomto testu neimplikují sníženou soběstačnost člověka, vyžadující stálou péči druhé osoby, nýbrž na sníženou kvalitu jeho života (Kalvach, 2004).

Specifickou metodou zjišťování instrumentální soběstačnosti můžeme realizovat pomocí metody Dotazníku funkčního stavu (FAQ CZ). Tento dotazník hodnotí seniora v deseti oblastech, mezi které patří například schopnost vyplnit složenky, úřední dokumenty, nakupovat běžné domácí potřeby, sledovat aktuální dění, porozumět a diskutovat nad televizním pořadem, připravit si kávu nebo jídlo a podobně. Tyto oblasti jsou hodnoceny formou bodování, kdy čím méně bodů senior získá tím více je soběstačný. Hodnotí se, zda senior provede činnost sám, s pomocí druhé osoby nebo neprovede vůbec. Dotazník umožňuje přepočet získaných bodů na procenta instrumentální soběstačnosti (Dvořáková, 2012).

7.2.3 Škála Bristol aktivitis daily living scan (BADLS)

BADLS představuje komplexní škálu hodnocení soběstačnosti seniora. V ČR se v běžné praxi příliš neužívá, protože je podstatně časově náročnější než výše zmíněné testy a navíc je určena pro administrátora, který je seniorem v kontaktu alespoň po dobu 14 dní. Tato škála hodnotí dvacet položek a je v podstatě komplexním spojením ADL i IADL, takže se zde setkáme i s položkami jako je komunikace, používání telefonu apod.

Maximální bodový výsledek, který může senior získat je 60 bodů. Postupný úpadek soběstačnosti postupuje od aktivit souvisejících s péčí o domácnost až po péči o vlastní osobu (Kotalová, 2015).

7.2.4 Výkonové testy

Výkonové testy úzce souvisí s mobilitou a lokomocí seniora, která má vztah jednak k úrovni ADL i IADL, proto nás v rámci speciálně pedagogické diagnostiky vždy musí zajímat. Nejjednoduššími screeningovými testy mobility jsou Sit to stand test – test, který testuje schopnost vstát ze sedu na židli. Get up and go – testuje schopnost vstát ze sedu na židli a navíc se hodnotí schopnost a stabilita chůze. Z výsledků těchto testů lze usuzovat na celkový stav schopnosti lokomoce a z ní mobility (srov. Čermák, 2015).

7.3 Speciálně pedagogická diagnostika smyslových modalit u seniorů

Jedním z průvodních znaků nastupujícího stáří je chřadnutí a postupný úpadek funkcí smyslových orgánů (Vágnerová, 2007, Langmeier, Krejčířová, 2006), který seniorům v jejich životě způsobuje nemalé obtíže. V zařízení rezidenční péče sociálních a zdravotních služeb pro seniory je tato problematika ještě daleko komplikovanější tím, že prostředí těchto zařízení se většinou ani z daleka nepodobá přirozenému prostředí, ve kterém byli senioři celý život zvyklí žít (ve vztahu ke zrakovému postižení a prostorové orientaci) a ani lidé, se kterými zde žijí nebo kteří zde pracují, nejsou ti, s nimiž byli podstatnou část svého života zvyklí komunikovat (ve vztahu ke sluchovému postižení a mezilidské komunikaci).

Řada seniorů může také do zařízení sociálních a zdravotních služeb pro seniory přicházet s dekompenzovanými a nekorigovanými vadami sluchu a zraku, které pro ně v domácím prostředí nepředstavovali žádné potíže (Př. televizi si prostě posunuli blíž a zesílili zvuk), ale v rezidenčních zařízeních sociálních a zdravotních služeb pro ně mohou nabývat podoby závažného deficitu. Právě proto je vhodné u každého seniora minimálně při jeho příchodu do zařízení provést orientační zkoušku sluchu a zraku.

7.3.1 Orientační diagnostika sluchu

Při orientační diagnostice sluchu vycházíme z faktu, že v současnosti je sluchové postižení považováno za jedno z nejrozšířenějších somaticko – funkčních postižení vůbec. V současné době se počet osob sluchově postižených odhaduje v ČR s proměnlivou tendencí asi na půl miliónu, přičemž většinu z těchto sluchově postižených osob tvoří tzv. osoby nedoslýchavé se získanou ztrátou sluchu v průběhu života. Tomuto fyziologickému onemocnění odborně říkáme presbyakuzie, která se stává patologickým jevem v momentě, kdy je narušena komunikační schopnost člověka (Horáková in Pipeková, 2010).

7.3.1.1 Diagnostika pomoci hlasité řeči nebo šepotu

Jedná o základní, velmi jednoduchou, časově nenáročnou zkoušku sluchu. Provádíme ji v tiché místnosti dlouhé alespoň deset metrů. Vyšetřovaný si stoupne na jednu stranu místnosti a zakryje si jedno ucho. Vyšetřující si stoupne na druhou stranu místnosti a vokalizuje slova obsahující hluboké, střední a vysoké formanty.

Za kritické se považuje, pokud vyšetřovaný dobře neslyší hlasitou řeč na 10m a šepot na 6m. Dále můžeme orientačně také uvažovat o tom, že pokud neslyší vysoká slova, může se jednat o percepční vadu (do záznamu zapisujeme „i“), pokud neslyší hluboká slova, může se jednat o převodní nedoslýchavost (značíme „a“, „u“) (Šlapák, Janeček, Lavička, 2009).

Pokud u seniora zjistíme prostřednictvím této zkoušky nedoslýchavost, vždy bychom se měli ujistit, zda si s sebou do zařízení přinesl sluchadlo. Pokud ne, je dobré co nejdříve zkontaktovat rodinu, aby sluchadlo seniorovi donesla popř. ji v rámci

poradenských aktivit poradit, kde má nechat seniora vyšetřit, aby měl na sluchadlo nárok.

7.3.2 Orientační diagnostika zraku

Podobně jako u sluchu i u zraku se s přibývajícím věkem zhoršuje jeho funkce. Tento stav odborně označujeme termínem presbyopie. Jedná se v podstatě o fyziologickou oční vadu, která se může projevovat již před hranicí 45 roku života. Způsobuje jí přirozená degenerace materiálu oční čočky. Mezi další nejčastější diagnózy patří glaukom, katarakta a diabetická retinopatie (Chudobová, 2007).

Orientační diagnostická zkouška zraku pro dospělé zatím nebyla vyvinuta, přesto můžeme využít možnosti světelné tabule, která není časově ani finančně nákladná. Samotná diagnostika presbyopie je zcela v rukou optometristy nebo očního lékaře, jehož nález by měl být vždy uveden v lékařské zprávě, se kterou přichází senior do zařízení. Přesto je minimálně vhodné seniora zvýšeně sledovat obzvláště v oblastech jako je jeho orientaci po budově, ve zhoršených světelných podmínkách a podobně.

Stejně jako v případě sluchového postižení nás i v tomto případě zajímá, zda má senior oči vadu nějakým způsobem korigovanou. Nejčastěji se jedná o brýlovou korekci či lupy (srov. Bělovová, 2009).

V podstatě neřešitelným problémem je dle mých osobních zkušeností otázka hospitalizací prakticky nevidomých nebo nevidomých seniorů (ale i obecně osob všech věkových kategorií) (srov. Bělovová, 2009).

7.4 Diagnostika komunikační schopnosti

Komunikace je pro seniory stejně tak jako pro každého z nás nezbytnou a přesto samozřejmou součástí našeho života. Vymezit bychom ji mohli jako lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování lidských vztahů (Klenková in Pipeková, 2010).

Schopnost komunikace bývá ve stáří často omezena vlivem různých onemocnění, nejčastěji centrálního nervového systému (afázie, dysartrie, dysfagie apod.). Tento stav v logopedii označujeme za NKS, tedy narušenou komunikační schopnost (Nebauer in Škodová, Jedlička, 2003). Důsledky narušené komunikační schopnosti mohou mít ve stáří značný vliv na osobnost seniora a nedozírné dopady na jeho život a sociální uplatnitelnost. Senior žijící v institucionální péči, který není schopen vyjádřit svá přání, své myšlenky, své potřeby a není ani schopen komunikovat s ostatními obyvateli zařízení, je v podstatě odkázán na interpretaci svých potřeb personálem a sociálně izolován (srov. Kyjovská, 2015).

Abychom si dokázali utvořit představu o tom, zda a do jaké míry má senior narušenou komunikační schopnost nemusíme využívat cíleného logopedického vyšetření, nýbrž použít screeningových metod. Výsledek screeningových metod komunikační schopnosti by se vždy měl odrazit v naší poradenské (zprostředkování kontaktu na logopeda, obstarání pomůcek apod.) a terapeutické práci (zajištění možnosti alternativní nebo augmentativní komunikace).

7.4 1Test Missip Aphasia Screening Test (MAST)

Afázie, tedy centrální porucha řeči, ke které dochází vlivem poškození nebo onemocnění centrálních nervového systému. Jedná se o ztrátu již nabyté schopnosti komunikovat. Toto onemocnění bývá často následkem CMP (Centrální mozkové příhody) nebo úrazů hlavy (srov. Klenková in Pipeková, 2010). Je to složitá systémová porucha, kdy dochází k narušení nejen v oblasti komunikace, ale také v psychické, emocionální a volní oblasti postižené osoby (srov. Nebauer, 2007, Klenková in Pipeková, 2010).

MAST je společně se Screeningovou zkouškou afázie v současné jediná screeningová standardizovaná metoda v ČR, kterou lze testovat afázií a která není určena primárně pouze logopedům. Jedná se o diagnostický nástroj, jehož hlavním cílem je zachytit osobu s pozitivním nálezem a zavčas ji zařadit do systémové péče klinického logopeda.

Jedná se skutečně pouze o screeningovou zkoušku, jejíž skór je velmi hrubý. Pokud je ovšem výsledkem tohoto testu pozitivní nález, je vždy nutností, co nejdříve kontaktovat ambulanci klinického logopeda tak, aby logoped mohl seniora začít co nejdříve intervenovat (srov. Nebauer, 2007). Podrobný návod na to, jakým způsobem s testem pracovat můžeme nalézt například na následujícím odkaze Fakultní nemocnice Brno: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/screening-afazie-mastcz/t3305?page=19>

7.4.2 The Gugging Swallowing Screen (GUSS)

GUSS je screeningové vyšetření dysfagie neboli poruchy polykání. To onemocnění postihuje až 67% s akutní CMP, u kterých vlivem špatně zvolené konzistence stravy může dojít až k aspiraci neboli vdechnutí stravy. Jedná se o zásadní screeningové vyšetření, které se doporučuje provádět společně s MAST. Výstupem tohoto vyšetření by mělo být zejména to, jakou konzistenci stravy může pacient pozřít. Vyšetření se doporučuje provádět opakovaně (FN Brno, 2015). Průběh celého vyšetření je dostupný na odkaze Fakultní nemocnice Brno: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/screening-dysfagie-guss/t4943>

7.5 Diagnostika poruch chování

Poruchy chování u seniorů s demencí jsou dle Topinkové (2006) téma, které je v současné laické i odborné veřejnosti nedostatečně řešeno a se kterým si odborníci, obzvláště z řad praktických lékařů, neví příliš rady.

Tento neutěšený stav vede dle Topinkové (2006) ke zvýšenému komplexnímu ohrožení nemocného nebo osob v jeho okolí. Z pohledu nemocného se mohou zhoršovat emoční vazby s blízkými osobami a přáteli, může docházet k poruchám adaptace seniora a rozvoji psychické deprivace a geriatrického hospitalizmu. U pacientů, jež mají vlivem demence trvalé poruchy chování, jsou nutná režimová opatření, která v drtivé většině případů nelze realizovat v domácím prostředí, nýbrž ve specializovaných zařízeních sociálních a zdravotních služeb (Malíková, 2011).

Celkově se u neléčených poruch chování zhoršuje subjektivní i objektivní kvalita života nemocného i nejbližší rodiny. Obecně je prokázáno, že poruchy chování u seniorů s demencí mohou vézt ke zvýšené institucionalizaci péče o seniory (srov., Venglářová, 2007).

Mezi nejčastější poruchy chování patří především: agresivita, agitovanost, úzkostnost, halucinace, bludy, společensky nevhodné chování (například pojídání věcí, které nejsou k jídlu, svlékání se, bloudění apod.) (srov. Topinková, 2006).

Topinková (2006) ve svém článku „*Diagnóza a léčba poruch chování u starších nemocných*“ (<http://www.edukafarm.cz/c569-diagnoza-a-lecba-poruch-chovani-u-starsich-nemocnych>) vzhledem k diagnostice poruch chování předkládá následující doporučení týkající možnosti využití screeningových diagnostických materiálů:

Tab. Číslo 2. Diagnostika poruch chování

<i>Psychiatrická symptomatologie</i>	<i>Užívaná hodnoticí škála</i>	<i>Charakteristika</i>	<i>Autor</i>
<i>Poruchy chování u demence</i>	<i>BEHAVE-AD</i>	<i>Hodnoceno 25 položek, časově náročná</i>	<i>Reisberg et al. 1987</i>
	<i>Neuropsychiatrická škála (Neuropsychiatric Inventory - NPI)</i>	<i>Hodnoceno 12 oblastí,</i>	<i>Cummings et al. 1994</i>
		<i>v současnosti nejčastěji užívaná škála</i>	
<i>Delirium, zmatenost</i>	<i>Škála pro hodnocení deliria (ConfusionAssessmentMethod - CAM)</i>	<i>Hodnocení 4 položek (psychický stav, pozornost, vědomí, myšlení), jednoduchá škála určená k vyhodnocení sestrou</i>	<i>Inouye et al. 1990, 1994</i>

<i>Agitovanost</i>	<i>Krátká škála pro hodnocení agitovanosti (Brief Agitation Rating Scale - BARS)</i>	<i>Hodnoceno 10 příznaků agitovanosti a jejich frekvence</i>	<i>Finkel et al. 1993</i>
	<i>Škála agitovanosti podle Cohen-Mansfieldové (Cohen-Mansfield Agitation Inventory, CMAI)</i>	<i>Určeno pro hodnocení intenzity projevů agitovanosti v ošetrovatelských ústavech</i>	<i>Cohen-Mansfield et al. 1989</i>
<i>Agresivita</i>	<i>Škála agresivního chování ve stáří (Rating Scale for Aggressive Behavior in the Elderly - RAGE)</i>	<i>Hodnoceno 21 položek agresivního chování Patel a Hope 1992</i>	
<i>Deprese</i>	<i>Geriatrická škála deprese (Geriatric Depression Scale - GDS)</i>	<i>Dotazník s 15 otázkami zaměřenými na příznaky deprese</i>	<i>Sheikh a Yesavage 1986</i>

7.6 Diagnostický výstup – „Plán podpory seniora“

Základním předpokladem proč vůbec provádíme diagnostiku je to, že očekáváme jistý diagnostický závěr. Tím je v drtivé většině případů screeningových metod hrubý skór vypovídající o přítomnosti či nepřítomnosti jevu, který diagnostikujeme. Zásadní přitom zůstává, že samotná diagnostika bez intervence je neúčelná. Výstupem z těchto komplexně diagnostických screeningů by nás měl vézt k tomu, jakým směrem se budou ubírat další speciálně – pedagogické intervence.

Speciálně pedagogické intervence, které si stanovíme na základě výstupů z diagnostických metod, by měly podobu „Plánu komplexní podpory seniora v rezidenčním zařízení“. Při sestavování tohoto plánu bychom se mohli inspirovat v oblasti individuálních vzdělávacích plánů (srov. Vyhláška č. 73/2005 Sb.). Tento plán by vždy měl být výsledkem spolupráce seniora – rodiny – speciálního pedagoga - dalších odborníků.

Plán podpory by měl obsahovat následující složky:

- Informace získané od pacienta (klienta) a jeho příbuzných, včetně závěrů odborníků z jiných oborů (nejen lékařské zprávy, ale i ošetrovatelské zprávy, zprávy ze šetření sociálního pracovníka).
- Výsledky vstupních screeningových vyšetření včetně dalšího plánu screeningových vyšetření a závěrů z vyšetření.
- Plán postupné adaptace seniora na nové prostředí se zapojením všech pracovníků zařízení i rodiny.
- Poradenská oblast včetně edukačního záznamu – co jsme poradili seniorovi na základě diagnostických závěrů, co jsme poradili rodině, dalšímu personálu a jaký to mělo dopad do praxe (co si zařídil senior, co rodina a pod – například logopeda, dávky, pomůcky atd.)
- Oblast sociální rehabilitace ve spolupráci s rodinou i ostatními členy personálu - orientace po domě, podpora v soběstačnosti, využívání pomůcek, zapojení rodiny apod.
- Oblast komunikace - využití možnosti alternativní, augmentativní komunikace, logopedická intervence.
- Terapeutická oblast - návrh využití nefarmakologických přístupů k podpoře seniora – kognitivní stimulace, reminiscenční terapie, bazální stimulace.
- Oblast aktivizace a podpory rodiny seniora – společná setkávání, svépomocné skupiny, přeměřené úkolování rodiny apod.
- Oblast evaluace a revize plánu – zhodnocení účinnosti navrženého plánu podpory, modifikace plánu podpory, postupné doplňování informací o seniorovi, střídání aktivit.

Při sestavování plánu podpory seniora bychom vždy měli mít na mysli, že v rezidenčních zařízeních sociálních a zdravotních služeb se klient nachází ve fokusu i jiných odborníků. Například lékaři stanovují pacientovi plán léčby, sestry ošetrovatelský plán, fyzioterapeuti rehabilitační, sociální pracovníci individuální plán a podobně. V tomto kontextu by mohl být „Plán podpory seniora „zastřešujícím dokumentem, který „dohlédne“ na koherentnost v přístupu jednotlivých odborníků a vhodně doplní chybějící články, které nejsou doposud pokryty (například péče o

kognitivní funkce, trávení volného času atd.). Tento model plánování péče o seniora v institucionálním zařízení vyžaduje vysokou míru spolupráce a profesionalitu jednotlivých odborníků a seniora včetně jeho rodiny (srov. Kotalová, 2015).

Závěrem

Speciálně pedagogická diagnostika seniorů by vždy měla mít charakter komplexního posouzení psychických modalit osobnosti (zejména demence, deprese), soběstačnosti (bazální i instrumentální), smyslových modalit (zrak a sluch) a v neposlední řadě také poruch chování, které provází demence.

Cílem této diagnostiky je užít jednoduchých diagnostických materiálů k tomu, abychom byli schopni zachytit všechny oblasti, ve kterých bude senior potřebovat podporu, a na základě této diagnostiky mu ji zajistili.

Při realizaci speciálně pedagogické diagnostiky seniorů je vždy potřeba mít na paměti, že je to naprosto zásadní činnost, avšak je to činnost screeningová, která vypovídá pouze o tom, zda je či není nějaký jev u testovaného přítomen. Nikdy bychom na základě screeningové diagnostiky neměli aspirovat na komplexní diagnostiku, nýbrž bychom měli seniorovi umožnit navštívit specialistu, který jej diagnostikuje, navrhne například farmakologickou léčbu či vystaví poukazy (například na naslouchadlo).

8. Speciální pedagog jako terapeut a garant specifických přístupů

Speciálně pedagogická terapie seniorů v zařízeních rezidenčních služeb pro seniory je v současné době realizovaná nejčastěji formou různých terapeutických přístupů, konceptů a teorii (Müller, 2014). Speciální pedagogika, dle mých zkušeností, sama o sobě negeneruje žádné terapeutické přístupy pro práci se seniorskou populací v rámci rezidenčních zařízení sociálních a zdravotních služeb. Přesto pro tuto terapii platí obecná východiska speciálně pedagogických terapeutických přístupů (srov. Müller, 2014), mezi které patří především to, že každá terapie se odehrává v určitém prostředí a čase, má svou specifickou organizační formu, odpovídá orientaci a odborné erudici terapeuta, je závislá na věku, příčinách a příznacích klienta, může být zaměřena na tělesné či duševní změny a z hlediska svého cíle může být zaměřena na kurativní, preventivní nebo rehabilitační cíl (Müller, 2014).

Z hlediska organizační formy pracujeme v rezidenčních zařízeních sociálních služeb formou individuální terapie (například při aplikaci konceptu bazální stimulace) s jednotlivcem nebo můžeme pracovat ve skupinách a to buď malých (při muzikoterapeutickém sezení) či velkých (při hromadných lekcích kognitivního tréninku) (srov. Vítková, Pipeková, 2001, Müller, 2014).

V rámci terapie seniorů v rezidenčních zařízeních můžeme také uplatnit standardní speciálně – pedagogickou terapeutickou triádu ve smyslu reedukace (například při kognitivním tréninku), kompenzace (při hledání alternativních způsobů komunikace například pro seniory s demencí – validační terapie) či rehabilitace (kdy organizujeme různé volnočasové aktivity pro seniory, pracovní terapie apod) (srov. Vítková, Pipeková, 2001).

Ať už zvolíme v rámci speciálně pedagogické terapie seniorů žijících v rezidenčních zařízeních sociálních a zdravotních služeb jakýkoliv přístup, vždy bychom měli mít na paměti, že drtivá většina terapeutických konceptů, které pro terapii seniorů využíváme, se vyvinula a vyvíjí svébytně a paralelně se speciální pedagogikou. Pro práci s těmito koncepty je často třeba řádné rekvalifikace (například arteterapie, muzikoterapie, bazální stimulace apod.), protože samotné vzdělání speciálního

pedagoga ve smyslu zákona č. 563/2004 Sb. k aplikaci těchto terapeutických metod nestačí (Müller, 2014).

V prostředí rezidenčních zařízení sociálních a zdravotních služeb pro seniory označujeme terapeutické působení speciálního pedagoga za realizaci animace prostřednictvím aktivizačních programů (Jurečková, 2002, Rheinwaldová, 1999). V rámci výběru terapeutických konceptů pro práci se seniory v rezidencích vybírám pouze ty metody, na něž se může speciální pedagog v rámci své praxe kvalifikovat nebo ty, ke kterým není třeba speciální kvalifikace dle samostatných právních předpisů (například ergoterapie – ergoterapeut, fyzioterapie – fyzioterapeut, klinický logoped apod. – dle Zákona č. 96/2004 Sb.)

8.1 Animace

Animací rozumíme v kontextu rezidenčních zařízení sociálních a zdravotních služeb koncepci „oživování“ života seniorů. Toto oživování by nemělo jen znamenat organizaci volného času (tak jak tomu leckdy v domovech pro seniory je), ale obecně prostupovat veškerý život seniorů za zdi instituce. Tímto oživováním rozumíme animaci prostředí (odklon od nemocničního vzhledu zařízení k podobě domácího prostředí), ale také například přístupu personálu (například při ošetrovatelských činnostech) a rodiny (Pichaud, Thareauová, 1998).

Koncepce animace se zakládá na individuálním přístupu k seniorovi, na schopnosti animátora podněcovat seniora k aktivitě, na upevňování schopnosti autonomie seniora v kontextu toho, že by se měl být schopen sám rozhodnout, co chce a nechce dělat, a kdy chce odpočívat a nepřeje si být rušen. Autonomie v rozhodování je v rámci animace hlavním cílem (Pichaud, Thareauová, 1998, Kalvach, 2004).

Animace je defacto programovou reakcí na totální charakter pobytových, rezidenčních institucí sociálních a zdravotních služeb pro seniory, které předpokládají pasivní roli seniora, jež musí vyvíjet pouze minimum činností souvisejících s naplněním cílů totální instituce, což může vést ke vzniku psychické deprivace, maladaptivního syndromu popřípadě i geriatrického hospitalismu (srov. Vávrová, 2012, Čermák, 2015, Goffman, 2003).

Pokud úspěšně zvládneme „základní“ úroveň animace života seniorů, můžeme přikročit k programovému ožívování života seniorů prostřednictvím cílené aktivace a aktivizace.

8.2 Aktivace a aktivizace, aktivizační programy

Procesem aktivace seniora rozumíme na nejobecnější rovině poskytnutí pomoci nebo podpory směřující k udržení, obnovení nebo získání schopnosti autonomie v oblasti uspokojování biologických a sociálně psychologických potřeb. Podle převahy účelu je poskytována buď podpora k odstranění osamocení, apatie, deprese, pasivity či agrese, nebo podpora ve formě aktivizující klienta v různých oblastech života, zejména ve společenských kulturních a zájmových (Jurečková, 2002).

Aktivace je realizována prostřednictvím tzv. aktivační péče, která se realizuje nejčastěji v oblastech týkající se pomoci a podpory při vedení osobního života, orientaci v realitě, zdolávání krizí, péči o umírajícího, při utváření denního rytmu seniora apod. (Jurečková, 2002).

Aktivizaci pak rozumíme určitou formu intervence do života seniora s cílem podpořit jej v uspokojování jeho biologických, sociálních a psychologických potřeb s ohledem na jeho individualitu a stávající potenciál. Prostředkem aktivizace jsou tzv. aktivizační programy mezi, které můžeme zařadit například program muzikoterapie, reminiscenční terapie, ergoterapie a další. Cílem těchto programů je především relaxace, podpora v komunikaci s okolím, činnost aktivita, podpora v oblasti autonomie a silných stránek osobnosti seniora, zvyšování úrovně mobility a trávení volného času (Jurečková, 2002, Rheinwaldová, 1999).

Aktivizační programy jsou podle Rheinwaldová (1999) účinným nástrojem pro podporu mentální, fyzické, sociální a obecně celospolečenské stránky osobnosti seniora. Na nejobecnější rovině je můžeme dělit na programy obsahující společenské aktivity (práce ve skupině, kluby, setkávání při zájmu, v kině, koncerty), vzdělávací aktivity (kurzy, školení, ale i arteterapie, muzikoterapie), pohybové a spirituální aktivity.

V rámci výběru aktivizačních programů (terapeutických konceptů) pro práci se seniory v rezidencích vybírám z celé řady možností pouze ty metody, které jsou nejběžnější a na něž se může speciální pedagog v rámci své praxe kvalifikovat nebo ty, ke kterým není třeba speciální kvalifikace dle samostatných právních předpisů (například ergoterapie – ergoterapeut, fyzioterapie – fyzioterapeut, klinický logoped apod. – dle Zákona č. 96/2004 Sb.) Další inspiraci v oblasti aktivizačních programů (poetoterapie, taneční terapie atd.) lze hledat například v knize Terapie ve speciální pedagogii ((Müller et. al., 2014).

8.3 Aktivizační program – muzikoterapie

Muzikoterapii řadíme mezi koncepty strukturované a aplikované na principu expresivní terapie. Je to multiparadigmatická terapeutická disciplína, kterou bychom mohli vymezit jako *"předepsané použití hudby kvalifikovanou osobou za účelem dosažení pozitivních změn v psychologickém, tělesném, kognitivním a sociálním fungování jedince se zdravotními nebo edukačními problémy."*(Americká muzikoterapeutická asociace, 1998 in Müller, 2007, s. 172). Jednodušeji řečeno se jedná o terapeutický přístup, který pracuje s výrazovými a uměleckými prostředky a to konkrétně s prostředky hudebními (Kantor, 2009).

V současné době se muzikoterapie v ČR realizuje prostřednictvím pěti základních paradigmat, mezi které řadíme paradigma psychoterapeutické, rehabilitační, speciálně pedagogické, antroposofické a transpersonální, přičemž to, které se nejčastěji uplatňuje v rezidenčních zařízeních pro seniory je speciálně pedagogické (Müller, 2014).

V tomto paradigmatu máme možnost užívat buď komplexních konceptů muzikoterapie (tyto koncepty mají svou diagnostiku, evaluaci, dokumentaci atd.), tedy muzikoterapii jako primární proces anebo může používat jen některé z prvků muzikoterapie, tedy muzikoterapii jako sekundární proces (Müller, 2014, Zeileiová, 2007).

Muzikoterapie jako primární proces je dle Brusci (2012) vymezována jako systematický intervenční proces, ve kterém je vymezen vztah klienta a

muzikoterapeuta, muzikoterapeutický proces je zaměřen na podporu zdraví klienta a sdílení hudební zkušenosti mezi terapeutem a klientem. Systematické pojetí hudební zkušenosti je pak to, co muzikoterapeutický proces odlišuje od prosté realizace hudební aktivity.

Při práci se seniory častěji užíváme muzikoterapie jako sekundárního procesu například v komplexním pojetí aktivizace seniorů, při realizaci fyzioterapie, arteterapie a dalších konceptů. Využívání jen dílčích celků muzikoterapie se doporučuje také proto, že senioři tvoří velmi heterogenní skupinu s různými typy zdravotních potíží, postižení a onemocnění, jsou to ale také lidé, které vyznávají různé životní styly, mají za sebou odlišné sociální zkušenosti apod. (Dychtwald in Schmidt Peters, 2000, Müller, 2014).

Mezi základní techniky realizované v muzikoterapii jako sekundárním procesu můžeme zařadit techniky aktivizační (individuální, společný zpěv, tančení, rytmická cvičení, cvičení při hudbě, hudební kvíz) a techniky relaxační (poslouchání hudby, relaxace) (Mlýnková, 2011).

V rámci rezidenčních zařízení sociálních a zdravotních služeb by měla být produkce hudby široce podporována, protože hudba patří k životní každodennosti většiny z nás. V tomto smyslu má hudba v aktivizaci seniorů nezastupitelné místo. Tuto premisu potvrdil i výzkum způsobu trávení volného času seniorů, ve kterém frekventanti výzkumu považovali hudbu za jednu z nejčastějších volnočasových zálib (Birkenshaw-Fleming in Schmidt Peters, 2000).

Prvky muzikoterapie nemusí užívat vždy jen kvalifikovaný muzikoterapeut. Naopak je žádoucí, aby byl vyškolen především ošetrovatelský personál, který bude tyto prvky užívat v každodenním kontaktu s uživateli, čímž se ze sekundárního procesu muzikoterapie může stát primární koncept v aktivizaci seniorů. Je však nutné, aby byl ošetrovatelský personál pravidelně proškolen a supervidován. Užití ucelených konceptů muzikoterapie by vždy mělo zůstat doménou kvalifikovaných muzikoterapeutů (Schmidt Peters, 2000, Bruscia, 2012).

Kvalifikovaným muzikoterapeutem se v ČR může stát ten, kdo je členem Muzikoterapeutické asociace české republiky. Ta vymezuje podmínky nutné k udělení profesního členství. Patří k nim vysokoškolské vzdělání v humanitním směru, minimálně pět let praxe v pomáhajících profesích (z toho 500 h v muzikoterapii), dále minimálně 250 hodinový kurz a minimálně 120 hodin supervize (CZMTA, 2015).

8.4 Aktivizační program - arteterapie

Arteterapii bychom mohli vymezit dvěma způsoby a to buď jako obecný pojem zastřešující veškeré techniky práce s expresivní složkou osobnosti klienta (poetoterapie, taneční terapie, atd.) anebo v případě užšího, jako terapii využívající uměleckých výtvarných forem při práci s klientem. V literatuře bývá arteterapie v užším smyslu také vymezována jako psychoterapeutická a psychodiagnostická metoda, která využívá výtvarného projevu jako dominantního prostředku poznání a terapeutického působení na lidskou psychiku (Müller, 2014, Česká arteterapeutická asociace, 2015). V arteterapii rozeznáváme dvě základní formy práce s klienty a těmi jsou arteterapie individuální a skupinová. Rozhodnutí o tom, jakou formu terapie zvolíme, činíme vždy na základě charakteru problému klienta, ale i osobních preferencích arteterapeuta (Liebmanová, 2005. Müller, 2014).

Individuální arteterapie má nejčastěji podobu intervalových sezení založených na intimním vztahu klient – terapeut. Uskutečňuje se na základě předem stanovené dohody, kdy pracujeme na základě domluvených pravidel s individuálními problémy klienta. Cílem individuální terapie může být například zažití pocitu uvolnění, sebeprožívání a sebevnímání, poznání vlastních možností, celkový rozvoj osobnosti atd. (Liebman, 2005, Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Skupinová arteterapie splňuje stejná kritéria jako terapie individuální, avšak přináší pro individualitu klienta jisté výhody i nevýhody. Nespornou výhodou skupinové arteterapie je fakt, že klient má možnost využít přítomnosti dalších klientů tedy skupinovou.

Při realizaci arteterapeutického sezení vždy záleží na tom, jakou formu arteterapie zvolíme. Krom výše popsaných forem vycházejících z individuální nebo skupinové

formy arteterapie dále můžeme arteterapii rozdělit na receptivní, jejíž podstatou je vnímání cíleně vybraného uměleckého díla s cílem poznání a pochopení vlastního nitra či „čtení“ pocitů jiných osob. V praxi rezidenčních služeb pro seniory lze receptivní arteterapii realizovat například takovým způsobem, že se senioři mohou účastnit různých výstav, návštěv galerií apod., dále je to arteterapie produktivní, která se opírá o konkrétní tvorbu a využívání jednotlivých výtvarných technik (Jebavá, 2000, Müller, 2014).

Arteterapie se seniory nese své specifické znaky. Opírá se například o cvičení krátkodobé paměti, práce s jemnou a hrubou motorikou, napomáhá adaptaci na novou životní situaci (ať už spojenou s poklesem výkonnosti, zvýšení morbidit, internace v pobytovém zařízení), aktivizuje seniory a předchází vzniku negativních dopadů hospitalizace na osobnost seniora, případně s těmito dopady pracuje (Müller, 2014, Veselovská, 2002).

V současné době v ČR neexistuje žádná legislativní úprava povolání arteterapeuta. Česká asociace arteterapeutů (ČAA) upozorňuje, že arteterapie je velmi rozšířeným terapeutickým směrem, který je leckdy využíván nebo spíše zneužíván odborníky nebo laiky jiných profesí a to laickým způsobem bez řádného vzdělání, sebe zkušenosti a supervize. Právě proto ČAA bez legislativní opory stanovila standardy této profese, který musí splnit každý, kdo se chce stát jejím členem, musí splnit následující podmínky:

- Minimálně vyšší odborné vzdělání humanitního směru,
- 5 let praxe v pomáhajících profesích,
- sebezkušenostní a arteterapeutický výcvik,
- musí dodržovat etické zásady ČAA,
- musí se průběžně vzdělávat (ČAA, 2012).

8.5 Aktivizační program - dramaterapie

Dramaterapie je svébytnou terapeutickou disciplínou a v současné době také velmi oblíbeným terapeutickým prostředkem, který je široce užíván i v rámci jiných terapeutických konceptů (například psychoterapie). Definice této terapeutické disciplíny existuje celá řada. Dle mého názoru ji nejlépe vystihuje vymezení dle

Landy (in Valenta, 2001), kdy za dramaterapii považujeme záměrné užití divadelních prostředků a postupu k dosažení terapeutického cíle symptomatické úlevy, duševní, tělesné a sociální integrity.

V rámci dramaterapie rozeznáváme pět základních přístupů a to psychodrama (kdy klient improvizuje, přehrává a verbalizuje svá traumata, dřívější životní zážitky, emoce a vzpomínky a díky tomu je dokáže pojmenovat a integrovat do své osobnosti), sociodrama (jedná se o stejný přístup s tím rozdílem, že je realizován ve skupině), psychogymnastika, teatroterapie (tedy hraní divadla osobami se zdravotním postižením, tato hra není neúčelná, nýbrž má významný vliv na jejich sociální rehabilitaci) (Valenta, 2001).

Základním prostředkem dramaterapie je improvizace. Ta může mít mnoho podob členěných zejména z hlediska přípravy. První z nich je improvizace plánovaná, která je charakteristická tím, že klient má možnost, plánovaně se rozhodnout, jaké místo ve strukturované improvizaci zaujme. Druhou možností je improvizace neplánovaná, kdy má klient okamžitou možnost rozhodnutí, zda vstup do role přijmout či odmítnout. Poslední je improvizace nepřipravená, která je zcela mimo plán terapeuta, kdy klient plynule přechází z jedné scény do druhé. Mezi další prostředky dramaterapie patří například hra s maňásky, řečová cvičení, vyprávění příběhů apod. (Valenta, 2001).

Dramaterapie se seniory nese své specifické znaky, mezi které patří především to, že musíme vycházet z individuality prožívání jejich stáří. Hlavním cílem dramaterapie v rezidenčních zařízeních sociálních a zdravotních služeb je podpora efektivního využití volného času a integrace současnosti s minulostí. Valenta (2001) uvádí, že řada starých občanů si po celý svůj život nese mnoho traumat, křivd a nevyřešených konfliktů, s jejichž zpracováním jim může pomoci právě dramaterapie. Dramaterapie může posloužit také jako určitá forma augmentativní či alternativní komunikace, kdy nám senior může „přehrát“ svá přání a potřeby, které nemůže sdělit verbálně (například při fatické poruše).

Profesi dramaterapeutů v České republice zastupuje Asociace dramaterapeutů České republiky. Každý kvalifikovaný dramaterapeut by měl úspěšně absolvovaný kurz dramaterapie akreditovaný Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy. Tento kurz

trvá nejčastěji po dobu tří let a během tohoto kurzu musí frekventant absolvovat 480 dramaterapeutického výcviku (srov. Akademie alternativa, 2015).

8.6 Aktivizační program - biblioterapie

Biblioterapie patří mezi psychoterapeutické metody, které využívají pro svou práci čtení textu. Jedná se o metodu, kterou bychom mohli vymezit jako vedenou, plánovanou a kontrolovanou terapeutickou koncepci, při níž se využívá čtení textů pod vedením terapeuta (Hošková, 2005).

Biblioterapie může mít mnoho podob od klinické, přes vývojovou až po institucionální, která je pro rezidenční zařízení sociálních a zdravotních služeb pro seniory nejtypičtější (Vášová, Černá, 1986, Rubin, 1988). Institucionální biblioterapie má nejčastěji podobu tzv. řízené četby ve zdravotnických nebo sociálních zařízeních pobytové péče, kde vyškolený knihovník, sociální pracovníka (a další pracovníci), spravují knihovnu, cíleně vyhledávají čtenáře, zjišťují jejich čtenářské potřeby a na jejichž základě jim doporučují knižní tituly. To vše dělají s cílem potěšit, aktivizovat klienta a probudit v něm zájem o literaturu. Dále tyto pracovníci mohou organizovat čtenářské kluby, setkání, workshopy a podobně (Kruszewski, 2008).

Aby mohl biblioterapeut plánovat řízenou četbu potřebuje k ní dostatek informací o zdravotním, psychickém i sociálním stavu čtenáře. Vždy by měl proto úzce pracovat se čtenářem a s jeho svolením i se sociálními a zdravotnickými pracovníky, kteří mu mohou také poskytnout cenné informace pro naplánování čtenářských aktivit (Kruszewski, 2008).

Biblioterapie v rezidenčních zařízeních sociálních a zdravotních služeb pro seniory může mít mnoho podob. Od prostého poskytování poradenství v oblasti výběru literatury, přes vyvíjení aktivit k udržení motivace čtenáře, až po předčítání textů s reminiscenčním účinkem. Můžeme postupovat od receptivního vnímání textu až k produktivní tvorbě, poskytovat zpětnou vazbu, ve skupině či individuálně dané texty analyzovat s ohledem na prožívání vlastní životní situace (Petzold, Old, 2005).

Biblioterapie v současné době není samostatně stojící, emancipovanou disciplínou (jako například arteterapie, muzikoterapie), ale spíše doplňujícím přístupem v komplexním pojetí péče o seniory v rezidenčních zařízeních. V současné době se v rámci biblioterapie nelze nijak specificky vzdělávat a biblioterapeuty nesdružuje žádná profesní organizace (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012).

8.7 Aktivizační program – zooterapie

Zooterapie nebo také animoterapie je terapeutický koncept, který využívá přítomnosti zvířete v roli koopteuta k dosažení terapeutického efektu. Dříve byla vnímána jako výhradně podpůrná metoda psychoterapie, ale v dnešní době je už samostatnou terapeutickou metodou se svým výzkumem, odborníky i profesní organizací (Freeman, 2007, Renotírová, Ludvíková, 2004).

V České republice je obecně nejvíce rozvinuta léčba pohybových obtíží klientů za pomoci koně, tedy hipoterapie. V zařízeních určených pro péči o staré občany se nejčastěji využívá canisterapie (pes) a felinoterapie (kočka) a obecně pak celé řady dalších zvířat (králíků, morčast, papoušku apod.) (Freeman, 2007).

V rámci zooterapie rozlišujeme několik metod působení zvířete na klienta:

- Aktivita za pomoci zvířete - v této metodě využíváme neformálního setkávání klientů se zvířaty za přítomnosti školeného majitele. Tento typ je interakce pro rezidenční péči nejčastější. Díky takto vedené zooterapii můžeme sledovat pozitivní změny v kvalitě života seniorů, zvýšení jejich mentální aktivity či pouhou radost a další pozitivní emoce (Freeman, 2007). V rámci této metody můžeme dále přítomnost zvířete na stálu s aktivní či pasivní účastí seniorů, kdy je zvíře přítomno v zařízení permanentně o něj mohou i starat či návštěvní, kdy do zařízení dochází zvíře na návštěvy (Galajdová, 1999).
- Terapie za pomoci zvířete – realizuje se za přítomnosti speciálně vybraného a vycvičeného zvířete a profesionálního terapeuta.
- Vzdělávání za pomoci zvířat a krizová intervence za pomoci zvířat (Freeman, 2007)

Zooterapie má v rezidenčních sociálních a zdravotních služeb své specifické místo. Na jedné straně totiž pomáhá seniorům ve všech fázích jejich adaptace na rezidenční prostředí, odstraňuje u nich pocit osamocení, naplňuje jejich sociální potřeby a na druhé má blahodárný vliv i na personál, pro který je přítomnost zvířete v zařízení vždy milým překvapením. Systematicky vedená zooterapie má také dobrý vliv na prevenci syndromu vyhoření u personálu a zároveň prevenci deprese u seniorů (Vojtěchovský, 1998).

V každém zařízení rezidenčních služeb pro seniory by měl být minimálně jeden pracovník proškolen v animoterapii, tak aby chování zvířat v daném zařízení mělo i jiný, než jen chovatelský smysl. Školení a kurzy jsou běžně dostupné na internetu a v dnešní době jsou již modifikované na potřeby zdravotnických a sociálních pracovníků v přímé péči (Müller, 2014).

8.8 Aktivizační program – terapie kognitivních funkcí

V kapitole věnující se diagnostické roli speciálního pedagoga v rezidenčních zařízeních sociálních a zdravotních služeb jsem představil současnou situaci na poli výskytu demence v zařízeních určených pro péči o nesoběstačné seniory. Situaci v této oblasti hodnotím jako velmi vážnou a speciální pedagogy považuji za pracovníky, kteří by po zaškolení mohli být schopni pracovat s rehabilitačními programy kognitivních funkcí tak, aby byl vznik syndromu demence u klientů pobytových zařízení co nejvíce preventován, popř. u již nemocných seniorů zpomalen.

Základní trojici technik, které používáme pro terapii kognitivních funkcí, tvoří především kognitivní stimulace, kterou bychom mohli vymezit jako zapojení do skupinových aktivit, jež jsou sestaveny tak, aby nespecifickým způsobem podporovaly sociální a kognitivní fungování jedince. Do této techniky patří například skupinové diskuze, řešení problémů, paměťové úlohy (Belleville, 2008).

Dále je to cílený kognitivní trénink, tedy řízená aktivita v souboru úkolů specificky zaměřených na stimulaci konkrétních psychických funkcí jako je pozornost, paměť, myšlení (Belleville, 2008).

Poslední z trojice metod terapie kognitivních funkcí pak je metoda kognitivní rehabilitace, což je individualizovaný přístup, který se uplatňuje u osob s kognitivní poruchou, deficitem či poškozením, jenž zahrnuje komplexní posouzení jeho kognitivních funkcí a na základě spolupráce pacient – rodina – zdravotníci či jiní odborní pracovníci dochází k vytýčení rehabilitačních cílů a strategii určených k jejich naplnění (Wilson, 2002).

K terapii kognitivních funkcí můžeme přistupovat individuálně ve vztahu terapeuta a jeho klienta, kdy se izolovaně věnujeme například procvičování paměti, pozornosti, myšlení. V této situaci můžeme využívat standardní techniky jako je tužka – papír, počítačové programy (Happy neuron, Cognifit), rozhovorové dotazovací metody či sady pro kognitivní stimulaci. Tento přístup je výhodný, protože si díky němu můžeme dělat různé doplňovací poznámky. Lépe si dokážeme utvořit představu o tom, které úkoly dělají seniorovi skutečné obtíže, popř. jaké strategie pro jejich řešení užívá. Na druhou stranu máme takto dosti omezenou možnost intervenovat potřebný počet seniorů právě, proto lze tyto metody zároveň užívat i skupinově (kdy máme na tréninku několik účastníků) a v některých případech i ve dvojicích, kdy společně trénují například partneři nebo přátelé (Rebok, 2007, Preiss, Kučerová, 2006).

Technikami kognitivní rehabilitace, tréninku a stimulace se v ČR zabývá Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging. Tato organizace vytváří vzdělávací programy pro trenéry, zabývá se tvorbou metodických doporučení pro trénování paměti, vytváří různé tréninkové programy (Klucká, Volfová, 2009)

Speciální pedagog jako garant specifických přístupů k osobám s dg. Demence

Demence je, jak bylo zmíněno výše, velmi závažným celosvětovým problémem souvisejícím se stářím. Tento fakt je nepopíratelný a právě proto generují pomáhající profese specifické přístupy, které umožňují seniorům, jejich rodinám, ale i pečujícímu personálu lepší adaptaci na toto onemocnění a zároveň podávají návody na to, jak s dementními seniory komunikovat a jakým způsobem o ně pečovat (Kalvach, 2004).

Speciální pedagog by měl být schopen se s danými přístupy k péči o osoby s dg. demence seznámit a na základě jejich hlubšího studia v nich intervenovat. Zároveň by měl být také schopen poskytnout odbornou oporu pečujícímu personálu a rodině. Většina těchto přístupů totiž předpokládá, že je budou realizovat všichni členové pracovního týmu a to včetně rodinných příslušníků. Tyto přístupy tedy předpokládají komplexnost v jejich využití. Řadíme mezi ně nejčastěji reminiscenční terapii, validační terapii, preterapii a u seniorů v pokročilém stadiu demence i koncept bazální stimulace.

Níže zmíněné přístupy garantují určitou specifickou přístup k seniorům s demencí, avšak první, co by nás vždy mělo ve vztahu k této cílové skupině zajímat, je zajištění jejich bezpečí a dostatečnou úroveň péče, které můžeme také zajistit nefarmakologickými přístupy. Holmerová (2005) k tomuto uvádí, že bychom vždy seniorům měli zajistit:

- Zvýšený dohled ošetrovatelského nebo pečovatelského personálu (rodinných příslušníků).
- Zajistit dostatečnou kompenzaci vizuálních deficitů – správným osvětlením a kompenzačními pomůckami (brýlemi a čočkami).
- Zajistit dostatečnou kompenzaci sluchových deficitů - eliminace hluchosti prostředí, využívání sluchadel, jasné, srozumitelné vyjadřování při komunikaci.
- Zajištění dostatečného času na „ordinovaný“ odpočinek.
- Využívání orientačních bodů (směrovek, fotografií, piktogramů).
- Redukce denního spánku (pokud má senior problémy s nočním spánkem).
- Dostatečná (nebo naopak umírněná) stimulace sluchovými, vizuálními, ale také psychickými a sociálními podněty.
- Zařazení do aktivizačních programů.
- Zajistit podporu při vyhoření seniorů a i pečujícího personálu.
- Upravit prostředí – instalovat noční světla, toalety u lůžka, zámky dveří s alarmem, identifikačních tabulek, bezpečných míst pro procházky apod.

Pakliže dokážeme seniorům zajistit takovéto podmínky, můžeme s úspěchem realizovat některý z následujících přístupů.

8.9 Speciální pedagog jako garant reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie zakládá své terapeutické působení na práci se vzpomínkami, kdy se pro terapeutickou práci využívá hlasité nebo tiché vybavování vzpomínek ze života, které se uskutečňuje individuálně (o samotě) nebo v přítomnosti druhé či druhých osob (Janečková, Vacková, 2010).

Reminiscenční terapie je celostní přístup, který nese podobu filozofie péče, ve které původ člověka, jeho minulost, prostředí, ze kterého pocházel či životní styl, který uznával, slouží jako zdroj informací, na jehož základě se poté odvíjí péče o něho samotného. Tato terapie se soustřeďuje na akcentaci schopností seniorů a cení si všeho, čím jsou ještě schopni přispět k životu svému i druhých lidí (Špatenková, Bolomská, 2011).

V rámci reminiscenční terapie rozdělujeme několik základních přístupů k tomu, jakým způsobem ji realizovat. Tyto způsoby rozdělujeme především podle metod jejich realizace a cílů, které jimi sledujeme (Janečková, Vacková, 2010).

Prvním z těchto přístupů je přístup narativní. Jeho podstatou je sdílení vlastního životního příběhu s ostatními ve skupině formou vyprávění. Tento přístup se využívá pro terapeutické účely, kdy umožňujeme seniorovi, aby prožil jak dobré, tak špatné zkušenosti ze svého života. Zároveň má značný psychorelaxační účinek a v procesu adaptace seniora na rezidenční prostředí mu pomáhá nalézat přátele a spřízněné duše mezi dalšími obyvateli, ale i personálem. Narativní přístup v reminiscenční terapii má také vztah ke smysluplnému trávení volného času, tedy i k prevenci případné deprivace, či hospitalizmu (Janečková, Vacková, 2010).

Druhým přístupem je přístup reflektující. Smyslem toho přístupu je systematická práce se vzpomínkami a to jak s negativními tak s pozitivními. Tento přístup není vhodný pro práci ve velkých skupinách, ale spíše k individuální práci ve vztahu klient – terapeut. Díky této metodě práce se vzpomínkami umožňujeme seniory, aby si prožil špatné či nevyjasněné zkušenosti ze svého života. Po celou dobu mu poskytujeme zpětnou vazbu k jeho prožitkům a postojům, které k daným vzpomínkám zaujímá. Reflektující přístup pomáhá seniorovi pochopit jeho život v celistvosti. Umožňuje mu,

aby si uvědomil, že špatné i dobré zkušenosti a vzpomínky jsou jeho integrální součástí. Na základě tohoto pochopení pak může pomoci i k narovnání přerušených rodinných, partnerských či přátelských vazeb (Janečková, Vacková, 2010).

Třetím přístupem v reminiscenční terapii je přístup expresivní. Tento přístup se týká práce s tzv. těžkými vzpomínkami, které v sobě obsahují ukrytý traumata, náročné životní situace či neuzavřené vztahové linie. Díky tomu, že senior dokáže tyto své „13. komnaty“ otevřít, může dojít k celkovému zlepšení jeho psychického stavu. Pocit úlevy je v tomto případě dán i tím, že během expresivní reminiscenční terapie dochází ke sdílenému prožitku dané vzpomínky. Seniorovi můžeme velmi pomoci, když dokážeme jeho trauma pochopit nebo mu je poskytnout psychickou oporu při prožívání (Janečková, Vacková, 2010).

Posledním přístupem je přístup informační. Informační přístup je výhodný pro obě strany tedy pro seniora i jeho posluchače. Seniorovi dává (či vrací) pocit důležitosti a také pocit, že někam patří. Pozitivní efekt dostavuje i na straně posluchačů. Nejčastějším způsobem realizace tohoto přístupu jsou různá zážitková odpoledne, besedy, přednášky, kde senioři přednáší své životní příběhy. Jsou zde nositeli zkušeností, ale také nositeli tradic a informací, na které se v moderní době zapomnělo (Janečková, Vacková, 2010, Špatenková, Bolomská, 2011).

V rámci reminiscenční terapie využíváme k vybavení vzpomínek tzv. aktivátory. Mezi tradiční aktivátory vzpomínek patří zejména fotografie, hudba, knihy, nábytek apod., které mohou být uspořádány do podoby reminiscenční místnosti, jež může být zřízena na každém patře domova pro seniory či jiného pobytového zařízení. Za speciální aktivátory pak považujeme například vůně oblíbeného parfému, jídla, chuťové, hmatové, vizuální a sluchové podněty. Za zcela specifickou pomůcku pro reminiscenci pak považujeme zejména vzpomínkovou krabici, která zrcadlí historii života seniora (Janečková, Vacková, 2010, Schweitzer, 1998).

Hlavní výhodou reminiscenční terapie je fakt, že k osobnosti seniora přistupuje holisticky a stejně tak k péči o něj. Reminiscenční terapii nerealizuje jen reminiscenční terapeut, ale každý člen ošetrovatelského, pečovatelského,

rehabilitačního týmu a také samozřejmě rodina seniora. Většina pracovníků (sociálních, zdravotních) jež pracují v sociálních i zdravotních službách bývá v reminiscenční terapii vzdělávána formou kurzů, avšak i přes to by měl být v zařízení minimálně jeden vyškolený reminiscenční terapeut, který bude chápat širší souvislosti reminiscenční terapie a bude do jisté míry schopen supervidovat efektivitu reminiscenčního přístupu ostatních. V oblasti reflektivního přístupu navíc autoři doporučují, aby reminiscenční terapii realizoval pouze zkušený psychoterapeut (Janečková, Vacková, 2010, Schweitzer, 1998).

8.10 Speciální pedagog jako garant validační terapie

Validační terapie představuje ucelenou teorii a praxi pojednávající o specifičnosti přístupu k osobám s dg. demence. Představitelkou a autorkou této teorie je Naomi Feilová, která na základě svých osobních i profesních zkušeností vypracovala psychoanalyticky orientovanou soustavu poznatků o zákonitostech chování osob s demencí, kterou doplnila o praktické poznatky týkající se toho, jakým způsobem s těmito osobami komunikovat, jak o ně pečovat a obecně, jak se k nim vztahovat (Feilová, 2012).

Feilová (2012) ve své teorii vychází ze spojení praxe sociálního pracovníka s psychoanalytickým pojetím ontogeneze dle Eriksona. Toto pojetí vývoje předpokládá zvládání vývojových úkolů (krizí) typických pro konkrétní ontogenetické období ve vývoji člověka. Podle Feilové se mohou nezvládnuté krize v průběhu vývoje znovu vynořit a to nejčastěji právě u seniorů s demencí, u kterých jsou oslabené jejich psychické obranné mechanismy. Emoce spojené s nezvládnutými krizemi pak mohou vést ke vzniku dezorientace (Benjamin, 1995, Feil, 2012, Erikson, 1999).

Stav dezorientace popisuje Feilová (2004) ve čtyřech stupních, které se vyznačují prostým zapomínáním (nedostatečná orientace), přes časovou dezorientaci až po stereotypní pohyby a vegetativní stav. Zároveň autorka upozorňuje na fakt, že v posledních fázích dezorientace již validace není účinná, protože takto zasažení senioři jsou obráceni do sebe a jejich komunikační kanály jsou uzavřeny.

Na nejobecnější rovině se validace zakládá na uznání hodnoty člověka a především na empatickém přístupu k seniorovi s demencí. Jako samostatný koncept umožňuje seniorovi vlastně doprovod při vyřešení jeho neovladnutých úkolů a ošetrovatelskému personálu představuje možné důvody pro nelogické chování seniora, které se může personálu často zdát nepřijatelné a společensky pobuřující. Základním předpokladem validace je, jak už bylo výše zmíněno, cílená práce s demenčními seniory. Podstatně však je, že validace není vhodná pro ty seniory, jež mají v anamnéze jinou psychiatrickou diagnózu, jako je například schizofrenie či alkoholismus, protože s takovými klienty by měl vždy pracovat školený psychoterapeut (Procházková, 2012, Tavel, 2006).

Pro specifickou práci s demenčními seniory vyvinula Feilová (2004) čtrnáct technik (centrace, polarita, opakování slov, doteky, oční kontakt apod.), se kterými může pracovat zaškolený personál, ale rodina seniora, protože tyto techniky nejsou po technické stránce těžké na zvládnutí. Zásadní je především empatický přístup.

Profesionální validaci však mohou realizovat pouze certifikovaní validační terapeuti. Základním předpokladem proto stát se validačním terapeutem je vzdělání humanistického směru, praxe v pomáhajících profesích anebo jen touha pomoci a pochopit svět demenčních seniorů. Právě proto je validace vhodná zejména pro psychology, sociální pracovníky a speciální pedagogy (Feil, 2012).

Certifikovaným validačním terapeutem se může stát každý, kdo úspěšně absolvuje validační výcvik, který v současné době v ČR neprobíhá, proto je třeba za ním vycestovat do zahraničí (i přes to existují v ČR kvalitní kurzy validace). Validací výcvik má čtyři stupně, které bychom mohli označit za validačního pracovníka, odborníka na skupinovou validaci, validačního učitele a validačního mistra (Kolářová, 2015).

8.11 Speciální pedagog jako garant preterapie

Preterapie je koncept vycházející z humanistické psychologie. Jeho původním cílem bylo navázat komunikaci s klienty, jež mají narušenou „obvyklou“ komunikační úroveň. K tomuto narušení může docházet vlivem fyzických, psychických a do jisté

míry i sociálních traumat. Autorem této metody je Gery Prouty (2005), který tuto teorii rozpracoval do podoby psychoterapeutického konceptu založeného na zrcadlení, který podobně jako validace či reminiscenční terapie zakládá svou teorii na empatii a bezpodmínečnou akceptaci klienta a jeho reality. Jedná se o terapii, která dle Proutyho (2005) zkrátka využívá reagování na klienta.

Podle Proutyho (2005) má preterapie několik hlavních cílů. Prvním z nich je navázat komunikaci s klienty, jejichž schopnost komunikace je narušena. Dalším cílem je pomoci klientům navázat kontakt s realitou, dále navázat kontakt sám se sebou a hlavně zlepšit komunikaci klientů v různých pobytových zařízeních.

K dosažení těchto cílů preterapie využívá rozličných technik jako je například kontaktní reflexe. Základem kontaktní reflexe je empatie a skutečný zájem o péči na straně jejího poskytovatele. Kontaktní reflexe obsahuje další pět reflexí. První z nich je reflexe situační, kdy využíváme zúčastněné pozorování klientovi situace, ve které se právě nachází a tuto situaci mu zprostředkujeme (Př. „Právě ležíte na pohovce, pozorujete, co děje venku.“). Druhou reflexí je reflexe obličejová, kdy terapeut detailně popisu (zrcadlí) emoce, které pozoruje v klientově tváři a tyto emoce mu zprostředkuje (Př. „Jana se směje.“) Třetí reflexe se označuje jako reflexe tělová, kdy terapeut nejenže sděluje klientovi informace o jeho těle, ale dokonce jej i imituje, aby měl klient dokonalou zpětnou vazbu k tomu, v jaké pozici je jeho tělo (často nepřirozené). Čtvrtou reflexí je reflexe slovní, kdy klientovi nasloucháme a opakujeme slova, která řekl, včetně zvuků, které užil. Posledním typem reflexe jsou reflexe opakované. Podstatou práce s reflexemi je opakování úspěšných reflexí, které vedou k otevření uzavřeného světa a k většímu vyhledávání komunikačních záměrů na straně klienta a pochopení klientova světa na straně pečovatele (Prouty, 2005, Malíková, 2011).

Užívání preterapeutického konceptu u seniorů má značný význam pro jejich lepší schopnost v osobní, ale i časoprostorové orientaci a navíc znamená totální proměnu postojů k péči o staré občany v institucích. Aby mohla preterapie realizována musí nejdříve dojít k přestavbě postoje k péči o staré občany u pečovatelů. Malíková (2011) uvádí, že preterapie díky svému empatickému základu není prospěšná jen klientům,

ale i pečujícímu personálu, který nutí vystoupit z pozice „strojů“ na péči, čímž zároveň preventuje syndrom vyhoření a přináší oboustranné uspokojení z poskytované péče.

Kurzy základů preterapie organizují různé organizace a tyto kurzy bývají koncipovány tak, aby vyhovovaly potřebám denní praxe zejména u pracovníků v sociálních službách.

8.12 Speciální pedagog jako garant bazální stimulace

Validační i reminiscenční terapie jsou v literatuře často řazeny jako nefarmakologické přístupy k léčbě demence (srov. Malíková, 2011). Toto vymezení je samo o sobě zavádějící, protože prokazatelný terapeutický efekt vzhledem k demenci nemá ani jedna z výše zmíněných metod. Obě tyto metody zároveň představují určitý komunikační systém, který se uplatňuje v komunikaci se seniory s demencí. Feilová (2012) však udává, že validační terapie sama o sobě není vhodným konceptem pro práci se seniory, kteří se již dostanou do čtvrtého stadia demence tedy tzv. vegetativního stavu. V tomto stadiu již není většina seniorů schopna verbálně komunikovat a právě verbální komunikace je základem pro úspěšné terapeutické působení v rámci validace a reminiscence.

Neschopnost verbálního vyjadřování v kombinaci s kognitivním deficitem však neznamená, že bychom měli komunikaci a interakci se seniory tzv. vzdát a přestat ji vyhledávat. V současnosti známe řadu konceptů, které se uplatňují již jako regulérní forma alternativní komunikace s demenčními seniory. Jednou z těchto metod je (v současné době zřejmě i nejrozšířenější) bazální stimulace.

Bazální stimulace byla původně vytvořena jako koncept pro práci s těžce kombinovaně postiženými dětmi a dospělými, jejíž vývojová úroveň nepředčila úroveň půlročního dítěte. Základním východiskem této koncepce je především holistický přístup, kdy předpokládáme, že zprostředkováním zkušeností vjemů pomocí těla můžeme uvést jedince do reality a zároveň nám toto zprostředkování umožňuje komunikovat s ním. Dalším významným předpokladem je vzájemnost, což v praxi znamená, že každý, kdo zprostředkuje bazální stimulaci je svým tělem součástí

zprostředkování reality, přičemž při vzájemném kontaktním zprostředkování jsou oba účastníci rovnocennými partnery (Müller, 2014).

Při realizaci bazální stimulace vycházíme z přesvědčení, že člověk s těžkým kognitivním deficitem je v podstatě psychicky deprivován, protože mu není umožněno přijímat a zpracovávat podněty obvyklými způsoby (resp. smysly), proto mu musíme tyto podněty zprostředkovat alternativní cestou, kterou může být právě cesta tzv. přes tělo (Vítková, 2001).

Při realizaci bazální stimulace vycházíme z hierarchického uspořádání jednotlivých modalit vnímání. Začínáme s oblastí somatického vnímání, kdy stimulujeme seniora pocity tepla, tlaku, vlhkosti, využíváme možnosti různých koupelí, masáží, umožňujeme seniorům dotyky různých materiálů (hebkých, drsných), využíváme zahřívacích dek, přirozených prenatálních poloh smísených se zážitkem s dotekem hebkého materiálu, dále užíváme polohování, houpání kolébání. Polohováním (které má také velký význam pro prevenci proleženin) zároveň stimulujeme i oblast vestibulárního vnímání. Dále využíváme možnosti senzibilace oblasti citění. K tomu používáme různé vibrační zdroje, jako jsou polštářky, balónky, míčky. Významná je také oblast orální stimulace, kdy od rodiny zjišťujeme, jaké chutě měl senior rád, co ve svém životě preferoval a následně to využíváme při zprostředkování chuti například díky navlhčené štětičce s kávou a podobně. Olfaktorický smysl stimulujeme tvorbou... pro seniora soubor vůní, kdy začínáme od těch, které jsou seniorovi dobře známé, přes vůně nové, opět na základě zkušeností, které nám předá rodina. Následně pokračujeme ke stimulaci akustického a optického vnímání, kdy užíváme přirozených zdrojů, jako je tlukot srdce přes tlumené světlo až po zprostředkování akustických podnětů ve formě známých hlasů, písni apod. (Müller, 2014, Vítková, 2001).

Stejně jako pro všechny ostatní výše zmíněné formy terapie i pro bazální stimulaci platí, že ne každý, kdo ji realizuje, na ni musí být odborník. Podobně ne každý musí realizovat celou koncepci bazální stimulace. V každém zařízení, kde se rozhodnou bazální stimulaci realizovat by však měl být někdo, kdo bude v této oblasti odborně vzdělán a bude garantovat tento přístup v takové podobě, aby nebyl samoúčelný, ale ve vztahu k seniorům skutečně efektivní. Bazální stimulace je v ČR oblíbeným

konceptem, který je v praxi domovů pro seniory osvědčen a často užíván. Z kvalifikačního hlediska zaštiťuje odbornou úroveň kurzů především Institut bazální stimulace. Tato organizace umožňuje získat několika stupňové vzdělání v oblasti bazální stimulace – základní a nástavbové kurzy (IBS, 2015).

8.13 Speciální pedagog jako garant alternativních a augmentativních přístupů ke komunikaci (AAK)

Komunikace je pro lidskou rasu zásadní, protože právě schopnost verbálně komunikovat je jedna ze zásadních vlastností, která nás odlišuje od nižších forem existence. V rámci speciální pedagogiky se AAK zabývá především logopedie, avšak AAK jako samostatná kapitola logopedické intervence je v ČR teprve v počátcích výzkumů i praktické aplikace a to obzvláště vzhledem k seniorům, u nichž se uplatňuje všude tam, kde senioři trpí například senzorickými, motorickými či smíšenými afáziemi, kognitivně stimulačním deficitem, demencí, po hemoragických centrálních mozkových příhodách, při Parkinsonské chorobě, u klientů s tracheostomickou kanylou apod. (Bendová, 2013, Housarová, 2011).

Systém AAK představuje celý soubor metod, technik, procesů a postupů směřující k tomu, umožnit komunikovat (a zároveň být komunikujícím) osobám se zdravotním postižením, u kterých je tato možnost standardními postupy (například učení se lidské řeči či ztrátou její praktické realizace nebo její pochopení) omezena anebo není vůbec možná (Bendová, 2013).

Z hlediska členění AAK rozdělujeme tyto metody na metody bez pomůcek (například znakování), kdy užíváme metod, jež nejsou závislé na speciálních pomůckách. Dále to jsou metody s pomůckami, kdy používáme různé komunikátory, programy v PC, tabulky a podobně. Z jiného hlediska pak rozdělujeme techniky na dynamické (znakování) či statické, což jsou nejčastěji piktogramy (Klenková, 2006).

U seniorů s demencí se v rámci AAK zaměřujeme především na maximální udržení funkčnosti a stimulaci všech psychických procesů a stavů, které se účastní na schopnosti komunikovat (paměť, pozornost, myšlení). Z hlediska specifických

přístupů sem řadíme zejména přístupy pracující s netechnickými pomůckami, jako jsou vzpomínky, fotografie, hudba, upomínkové předměty apod. Dále to jsou přístupy s technickými pomůckami a to nejčastěji komunikační tabulky nebo počítačové programy (Boardmarker, Altík). Obecně platí, že v komunikaci s demenčním seniorem se uplatňují nejčastěji techniky, které byly zpracovány pro osoby s mentálním postižením. Na druhou stranu vybrat správnou techniku komunikace u seniorů s demencí není vůbec snadné. V rámci AAK je totiž seniora potřeba opakovaně reidiagnostikovat a to vzhledem k faktu, že demence na rozdíl od mentální retardace není statickým, nýbrž progresivním stavem, u něhož se průběžně zhoršují všechny psychické funkce, což výběr komunikačního systému velmi ztěžuje. U seniorů, kteří netrpí syndromem demence (mají například tracheostomickou kanylu) je výběr vhodného systému zase komplikován tím, že jsou z minulosti zvyklí užívat rychlé komunikační způsoby a AAK je pro ně zbytečně zdlouhavá, což v praxi znamená, že nejsou dostatečně motivováni (Bendová, 2013, Šarounová, 2014).

Systém AAK je velmi náročný pro seniory, ale i pro personál, který jej realizuje. Je zapotřebí dokonalé znalosti dostatečného množství technik komunikace, ale také diagnostiky, přičemž některé z nich jsou pro naučení velmi časově náročné. Hauke (2014) upozorňuje, že AAK klade na personál takové nároky, že je v praxi vlastně nerealizovatelná. Můj osobní názor je takový, že cestu ke komunikaci se seniorem, který má omezený komunikační kanál, by měl umět dokázat najít každý pracovník, který s ním přijde od kontaktu. Ne každý musí ovládat Makaton, či dokázat vytvářet komunikační knihy, přesto by dle mého názoru mělo mít každé zařízení ve svém týmu odborníka, která buď dokáže AAK u daného seniora zavést nebo zkontaktovat jiného odborníka například ze Společnosti pro augmentativní a alternativní komunikaci, který zavede tento systém za něj.

Závěrem

V rámci této kapitoly jsem představil celou řadu terapeutických, komunikačních a přístupových metod, které může v rámci zařízení sociálních a zdravotních služeb speciální pedagog zúčastněně realizovat. Některé z těchto metod lze v rámci praxe kombinovat, jiné nikoliv. Většina z nich však vyzývá k tomu, aby si je speciální pedagog vybral jako svůj osobní profesní přístup k práci se seniory. V takovém případě vyžadují tyto metody opravdu hluboké poznání včetně jejich teorii a souvisejících oborů (například muzikoterapie – psychoterapie). Na druhou stranu si speciální pedagog může zachovat odstup, provádět diagnostiku, pohovory, studovat zájmy a potřeby seniorů a na jejich základě pouze zprostředkovávat intervence odborníků ovládající výše zmíněné přístupy a následně provádět evaluaci jejich působení. Výčet výše zmíněných přístupů jistě není úplný. Všem, kteří by chtěli vybrat jiné formy terapií, vřele doporučuji knihu *Terapie ve speciální pedagogice* (Müller, 2014).

9. Diskuze nad limity předkládané koncepce

Předkládaná rigorózní práce má přinést poznatky o tom, jakým způsobem mohou speciální pedagogové vstupovat do zdravotních a sociálních služeb pobytového charakteru určeného pro péči o seniory a především o tom, jak zde mohou intervenovat. Výslednou koncepci, kterou v této práci předkládám, jsem zpracoval na základě studia odborné literatury a vlastních zkušeností z praxe, což může být na jedné straně výhodou (vzhledem ke znalosti terénů, pracovníků a především potřeb seniorů) a na druhé straně velkým úskalím, protože jsem v zařízeních sociálních a zdravotních služeb nikdy nepracoval jako speciální pedagog, nýbrž jako zdravotnický pracovník, což znamená, že sem nikdy neměl možnost ověřit svou teorii o pracovním uplatnění speciálních pedagogů v těchto zařízeních v praxi.

Koncepce, kterou předkládám, má tedy spíše charakter teoretického rámce pracovního uplatnění speciálních pedagogů, který je dále určený k výzkumnému ověření. Jako největší problém předkládané koncepce vidím především fakt, že sám nejsem schopen objektivně poradit budoucím zaměstnavatelům speciálních pedagogů v zařízeních zdravotních a sociálních služeb pro seniory, kde na zaměstnávání speciálních pedagogů vzít finanční prostředky (snad krom možnosti podat projekt).

Druhé největší úskalí, které ho jsme si vědom, je fakt, že předkládanou koncepci nikdy nemůže sám zvládnout jeden pracovník. V zařízení, kde je tak vysoký počet klientů, jako je většina domovů pro seniory nebo léčebny dlouhodobě nemocných jistě nemůže jeden pracovník zvládat všechny seniory diagnostikovat, radit jim a zároveň je terapeuticky intervenovat. Proto bych doporučil (ideální) schéma segmentového zastoupení klientů, které ovšem zase předpokládá vyšší počet speciálních pedagogů (což nás vrací zpět k problémům financování), kdy jeden speciální pedagog má určitý počet klientů, kterým věnuje komplexní péče (včetně jejich rodin).

Posledním limitem, který dle mého názoru předkládaná koncepce má je, že nevychází z teorií a metod speciální pedagogiky. Drtivá většina konceptů, diagnostických materiálů, ale i poradenských témat, které zmiňuji jako vhodné pro speciálně pedagogické intervence seniorů v pobytových zařízeních, generují jiné vědní disciplíny (sociální práce, medicína, psychologie, právo), což v praxi znamená, že se

s nimi musí speciální pedagog před jejich užitím velmi dobře seznámit (domnívám se, že na jejich užití není většina speciálních pedagogů ve své profesní přípravě vůbec připravována). Na druhou stranu všechny výše zmíněné metody intervencí jsou dle mého ve speciálně – pedagogické praxi bez větších problémů užitelné.

10. Závěr

Hlavním cílem práce bylo předložit ucelenou koncepci možnosti profesního uplatnění speciálních pedagogů v rámci rezidenčních zařízení zdravotních a sociálních služeb určených k péči o seniory v Čechách. Tato koncepce byla předložena zejména v kapitolách pojednávajících o profesních rolích, které může speciální pedagog v rámci rezidenční péče o seniory vykonávat a v následujících kapitolách, které tyto role rozpracovávají

Třetí kapitola práce představila základní námět této koncepce tedy speciální pedagog jako poradce, diagnostik, terapeut. Čtvrtá kapitola po té přinesla informace o poradenské roli speciálního pedagoga, ve které se zmiňují zejména o oblasti poradenství seniorům v základní stabilizaci jejich životní situace (dávky, služby), dále to je poradenství rodinám seniorů, zaměstnancům apod.

Pátá kapitola představuje podrobně speciálního pedagoga jako diagnostika. Kapitola obsahuje soubor základních diagnostických materiálů, které se běžně užívají v praxi a to včetně toho, proč je důležité je užívat a k čemu jednotlivé diagnostické materiály směřují a vztahují. Do této kapitoly jsem také vložil odkazy na to, kde je možné sehnat většinu diagnostických materiálů. Kapitola také představuje metodu screeningového plánu.

Šestá kapitola se orientačně zabývá různými možnostmi terapeutických konceptů, které může speciální pedagog ve své praxi využívat. Krom těchto terapeutických přístupů představuje také specifické přístupy k práci s osobami se syndromem demence. Ve většině kapitol, které se zabývají terapeutickými metodami a specifickými přístupy, se také zmiňují, jaké jsou podmínky kvalifikace na tyto metody a na jakou organizaci se v případě potřeby obrátit.

Dílčím cílem bylo představit současnou situaci (podmínky, možnosti) na poli profesního uplatnění speciálních pedagogů v rezidenčních zařízeních sociálních a zdravotních služeb pro seniory a poskytnout rámcovou představu o možnostech jejich pracovní náplně.

K dílčímu cíli se vztahují především první dvě kapitoly práce, které představují legislativní možnosti, díky kterým může speciální pedagog intervenovat v pobytových zařízeních pro seniory, a dále specifikují, co jsou to zařízení sociálních a zdravotních služeb a čím jsou charakteristické. V prvních dvou kapitolách také problematizují současný stav speciální pedagogiky vůči stárnoucí populaci.

Zpracování této práce pro mne znamenalo skloubit profesní, studijní a do jisté míry i vědeckou stránku mého přístupu ke stárnoucí populaci žijící za zdmi institucí. Práce měla za úkol přinést poznatky o soudobých možnostech uplatnění speciálních pedagogů v těchto zařízeních. Přestože tato práce zcela jistě nepřináší informace o všech možných typech uplatnění speciálních pedagogů, domnívám se, že může být dobrou inspirací pro budoucí speciální pedagogy a jejich zaměstnavatele, ale například i pro ty, jež budoucí speciální pedagogy připravují do praxe a v současné si nejsou jisti, kam je vzhledem k současným trendům ve vzdělávání vlastně směřovat.

Na druhé straně tato práce přináší benefit možná i pro samotné seniory. Pevně věřím tomu, že speciální pedagogika jednou pronikne za zdi těchto institucí a začne intervenovat (například způsobem, který zde popisuji) zdejší klientelu s takovou vervou, jako intervenuje dětskou populaci, což jistě povede ke zlepšení životních podmínek všech obyvatelů těchto institucí a odborníci, laici i my se tak budeme moci přestat bát stáří, které možná strávím právě v instituci.

11. Literatura

11.1 Speciální pedagog jako profese v kontextu sociálních a zdravotních služeb

1. BĚLOVOVÁ DOLEJŠÍ, Iveta. Speciálně andragogická intervence u zrakově postižených seniorů v rezidenčním prostředí [online]. Brno, 2009 [cit. 2016-05-25]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Pavel Mühlpachr Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/318580/pedf_m/>.
2. ČR. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků: Vyhláška č. 55/2011 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2011, 20/2011. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.
3. ČR. Vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních: Vyhláška č. 72/2005 Sb. In: *Sbírka zákonů*. Praha: MŠMT, 2005, částka 20/2005.
4. ČR. Zákon o pedagogických pracovnících. In: Praha: MŠMT, 2004.: 563/2004 Sb. In: *Sbírka zákonů*. Praha: MŠMT, částka 190/2004.
5. ČR. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních): zákon č. 96/2004 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2004. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.
6. ČR. Zákon o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů: č.108/2006 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MPSV, 2006, 37/2006. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
7. ČR. Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů: č. 109/2002 Sb. In: *Sbírka zákonů*. Praha: MŠMT, 2002, částka 48/2002.
8. ČR. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách): č. 372/2011 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2011, 131/2011. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.

9. HÁJKOVÁ, Vanda a Iva STRNADOVÁ. *Inkluzivní vzdělávání: [teorie a praxe]*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 217 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3070-7.
10. HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.
11. HOLMEROVÁ, Iva. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5439-0.
12. KREJČÍ, Marika. Speciální pedagog a jeho úloha v péči o seniory v sociálních službách [online]. Praha, 2014 [cit. 2016-05-25]. Diplomová práce. Univerzita Jana Amose Komenského Praha s.r.o.. Vedoucí práce Martina Karkošová Dostupné z: <<http://theses.cz/id/okhi4o/>>.
13. KREJČÍŘOVÁ, Olga, Eliška VYMAZALOVÁ a Jaroslav HUBLAR. *Teorie a praxe speciálněpedagogické andragogiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 71 s. ISBN 978-80-244-2880-2.
14. MPSV. Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči [online]. In: Praha: MPSV, 2010 [cit. 2016-01-22]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza_fin_SS.pdf.
15. Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 [online]. In: Praha: MPSV, 2013 [cit. 2016-01-22]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/III_vlada_Akcni_plan_staruti.pdf.
16. Národní plán podpory vyrovnávání příležitostí pro OZP 2015-2020 [online]. In: Praha: Vláda ČR, 2015 [cit. 2016-01-22]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/aktualne/informace-predsedy-nrzp-cr/1379-informace-c-41-2015--narodni-plan-podpory-vyrovnavani-prilezitosti-pro-ozp-2015-2020.html>.
17. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0. *Kapitola Uvedení do speciální pedagogiky*.
18. POSPÍŠILOVÁ, Klára. Aktivizace seniorů z pohledu speciální pedagogiky [online]. Praha, 2015 [cit. 2016-05-25]. Diplomová práce. Univerzita Jana Amose Komenského Praha s.r.o.. Vedoucí práce Jindra Lisalová Dostupné z: <<http://theses.cz/id/cl78yl/>>.
19. RENOTIÉROVÁ, Marie. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9.
20. SLOWÍK, J.: *Speciální pedagogika*. 1. vyd. : Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

21. UZIS. *Souhrnné výdaje a počty pracovníků zdravotnictví v roce 2011* [online]. In.: Praha: UZIS, 2013 [cit. 2016-01-22]. Dostupné z: <http://osz.cmkos.cz/cz/clanky/7-2-2013-statistika-zdravotnictvi.aspx>

11.2 Rezidenční zařízení zdravotních a sociálních služeb

1. ČERMÁK, Zdeněk. Institucionální péče o seniory v Čechách. Praha, 2015. Mgr. PEDF UK. Vedoucí práce Pavlína Šumníková.
2. ČGGS. Vzdělávací program geriatric. In: [online]. 2006 [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.cggs.cz/cz/program/>.
3. ČR. Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb: Vyhláška č. 99/2012. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2012, 39/2012. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>.,
4. ČR. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách: Vyhláška č. 505/2006 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MPSV, 2006, 164/2006. [cit. 2015-03-07]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>.
5. ČR. Zákon o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů: č.108/2006 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MPSV, 2006, 37/2006. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
6. ČR. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách): č. 372/2011 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2011, 131/2011. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
7. HOREHLEĎ, Petr. Analýza komplexní péče o seniory [online]. 2008 [cit. 2015-03-25]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Pavel Mühlpachr. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/vt7hd5/>>.
8. KALVACH, Zdeněk. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
9. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. Sociální služby a příspěvek na péči, Olomouc: ANAG, 2007. ISBN 978-80-7263-405-7.
10. MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.
11. MATĚJČEK, Zdeněk. Výbor z díla. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005, 445 s. ISBN 978-802-4610-566.
12. MOTEJL, Otakar. Zpráva z návštěv LDN. Brno, 2006.

13. PRINCOVÁ, Iva: Poskytování postakutní péče v Nemocnici P. a její kvalita, Praha, UK FHS, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, vedoucí práce: I.Holmerová. 2009.
14. SSMPCE. Služba Domov se zvláštním režimem. [online]. 2014.[cit. 2015-03-02]. Dostupné z: <http://www.ssmpe.cz/index.php/dzr>.
15. TOPINKOVÁ, Eva. Geriatrie pro praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, xviii, 270 s. ISBN 80-726-2365-
16. TOŠNEROVÁ, Tamara. Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině: průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele. 2. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002, 60 s. ISBN 80-238-9505-2.

11.3 Role speciálního pedagoga

1. BRAUN, Richard. *Pedagogicko-psychologická diagnostika*. V Praze: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2014, 117 s. ISBN 978-80-7290-656-7.
2. ČR. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků: Vyhláška č. 55/2011 Sb. In: *Sbírka zákonů ČR*. Praha: MZČR, 2011, 20/2011. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.
3. ČR. Vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních: Vyhláška č. 72/2005 Sb. In: *Sbírka zákonů*. Praha: MŠMT, 2005, částka 20/2005.
4. ČR. Zákon o pedagogických pracovnících. In *Sbírka zákonů*. Praha: MŠMT, 2004.: 563/2004 Sb. In: *Sbírka zákonů*. Praha: MŠMT, částka 190/2004.
5. ČR. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních): zákon č. 96/2004 Sb. In: *Sbírka zákonů ČR*. Praha: MZČR, 2004. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.
6. ČR. Zákon o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů: č.108/2006 Sb. In: *Sbírka zákonů ČR*. Praha: MPSV, 2006, 37/2006. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
7. ČR. Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů: č. 109/2002 Sb. In: *Sbírka zákonů*. Praha: MŠMT, 2002, částka 48/2002.
8. ČR. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách): č. 372/2011 Sb. In: *Sbírka zákonů ČR*. Praha: MZČR, 2011, 131/2011. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
9. DEMOGRAFIE. INFO. Stárnutí. In: [online]. 2004 [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: http://demografie.info/?cz_starnuti.

10. KREJČÍŘOVÁ, Olga, Eliška VYMAZALOVÁ a Jaroslav HUBLAR. *Teorie a praxe speciálněpedagogické andragogiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 71 s. ISBN 978-80-244-2880-2.
11. LANGER, Jiří, in *Základy speciální pedagogiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 85 s. ISBN 80-244-1479-1
12. MÜHLPACHR, Pavel a Petr STANÍČEK. *Geragogika pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001, 115 s. ISBN 80-210-2510-7.
13. MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 203 s. ISBN 978-80-210-5029-7.
14. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. 404 s. [ISBN 80-7315-120-0](#). Kapitola *Uvedení do speciální pedagogiky*.
15. PŘINOSILOVÁ, Dagmar. *Diagnostika ve speciální pedagogice: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007, 178 s. ISBN 978-80-7315-157-7.
16. *Psychopedická společnost: Kdo jsme?* [online]. Praha: Psychopedická společnost, 2016 [cit. 2016-02-05]. Dostupné z: <http://www.psychopedickaspolecnost.cz/kdo-jsme>.
17. RENOTIÉROVÁ, Marie. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 313 s. [ISBN 80-244-1475-9](#).
18. SLOWÍK, J.: *Speciální pedagogika*. 1. vyd. : Grada, 2007. 160 s. 978-80-247-1733-3.

11.4 Speciální pedagog jako poradce

1. ČR. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách: Vyhláška č. 505/2006 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MPSV, 2006, 164/2006. [cit. 2016-03-07]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>.
2. ČR. Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. č. 329/2011 Sb., In: *Sbírka zákonů*. Praha: MPSV, 2011, částka 115/2011.
3. ČR. Zákon o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů: č.108/2006 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MPSV, 2006, 37/2006. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
4. ČR. Zákon o státní sociální podpoře: č. 117/1995 Sb. In: *Sbírka zákonů*. Praha: MPSV, 1995, 31/1995.
5. ČR. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách): č. 372/2011 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2011, 131/2011. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
6. ČR. Zákon občanský zákoník: č. 89/2012 Sb. In: *Sbírka zákonů*. Praha: Poslanecká sněmovna, 2012, 33/2012.
7. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
8. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
9. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 80-7367-002-x.
10. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
11. MOTEJL, Otakar. *Zpráva z návštěv LDN*. Brno, 2006.
12. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.

13. TOŠNEROVÁ, Tamara. Příručka pečovatele. [online] [cit. 2015-03-20].
Dostupné z: < http://www.pecujici.cz/prirucky_online.shtml?x=141104>.
14. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1.
Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
15. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Vyd. 3., V nakladatelství Portál 1.
Praha: Portál, 2003, 397 s. ISBN 80-7178-740-x.

11.5 Speciální pedagog jako diagnostik

1. ČERMÁK, Zdeněk. *Screeningové metody vyšetření u seniorů s diagnózou demence* [online]. 35-40 [cit. 2016-05-23] *III. Mezinárodní konference: kvalita a její perspektivy*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2016. s.35-40. ISBN 978-80-7395-979-1.
2. BĚLOVOVÁ DOLEJŠÍ, Iveta. Speciálně andragogická intervence u zrakově postižených seniorů v rezidenčním prostředí [online]. Brno, 2009 [cit. 2016-02-18]. Master's thesis. Masaryk University, Faculty of Education. Thesis supervisor Pavel Mühlpachr Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/318580/pedf_m/>.
3. ČERMÁK, Zdeněk. *Institucionální péče o seniory v Čechách*. Praha, 2015. Mgr. PEDF UK. Vedoucí práce Pavlína Šumníková.
4. ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST: *Výskyt demence* [online]. Praha, 2009 [cit. 2016-02-04]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/vyskyt-demence/>.
5. ČR. Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných č. 73/2005 Sb. In: *Sbírka zákonů*. Praha: MŠMT, 2005, 20/2005.
6. ČR. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci: Vyhláška č. 98/2012 Sb. In: *Sbírka zákonů ČR*. Praha: MZČR, 2012, 39/2012. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>.
7. ČR. Zákon o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů: č.108/2006 Sb. In: *Sbírka zákonů ČR*. Praha: MPSV, 2006, 37/2006. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
8. ČR. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách): č. 372/2011 Sb. In: *Sbírka zákonů ČR*. Praha: MZČR, 2011, 131/2011. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
9. DOSTÁL, Václav. *Vztah demence a deprese. Psychiatrie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen Medical Education, 2011 [cit. 2016-02-04]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/04/03.pdf>.
10. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

11. DVOŘÁKOVÁ, Barbora. Hodnocení soběstačnosti seniorů pomocí objektivizovatelných testů [online]. Brno, 2012 [cit. 2016-05-31]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Andrea Pokorná Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/258847/lf_m/>.
12. FN, BRNO. *Screening Dysfagie- GUSS* [online]. Brno: FN Brno, 2015 [cit. 2016-02-19]. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/screening-dysfagie-guss/t4943>.
13. HEŘMANOVÁ, J.; ZVONÍČKOVÁ, M. Možnosti hodnocení soběstačnosti sestrou. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, č. 8, s. 295 – 297, ISSN 1801-1349.
14. HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007, 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
15. HORÁKOVÁ in PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. 404 s. [ISBN 80-7315-120-0](#). Kapitola *Uvedení do speciální pedagogiky*.
16. HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.
17. CHLUMECKÁ, J. *Hodnocení soběstačnosti v ergoterapii*. Diagnóza, 3/2005. ISSN 1 801-134
18. CHUDOBOVÁ, Lenka. Možnosti korekce presbyopie [online]. Brno, 2007 [cit. 2016-02-18]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Šárka Skorkovská Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/142559/lf_b/>.
19. KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
20. KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
21. KLENKOVÁ in PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. 404 s. [ISBN 80-7315-120-0](#). Kapitola *Uvedení do speciální pedagogiky*.
22. KOTALOVÁ, Tamara. Screening kognitivních poruch, hloubkou odpovídajících syndromu demence, u klientů domova seniorů} [online]. Brno, 2015 [cit. 2016-02-04]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická

- fakulta. Vedoucí práce Helena Klimusová Dostupné z: http://is.muni.cz/th/371355/ff_m/.
23. KYJOVSKÁ, Kateřina. Komunikace u osob s demencí [online]. Brno, 2015 [cit. 2016-02-18]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Barbora Bočková Dostupné z: http://is.muni.cz/th/406986/pedf_b/.
 24. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
 25. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.
 26. MIOSCHI, E., K. DAWSON, J. MITCHELL, R. ARNOLD a JR. HODGES. *The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening*. [online]. Geriatr Psychiatry, 2006.
 27. MITCHELL, AJ., M. RIZZO a N. MEADER. *Diagnostic validity and addedvalue of the Geriatric Depression Scale for depression in primary care: a meta-analysisof GDS30 and GDS15* [online]. York, 2010 [cit. 2016-02-04]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032709004005>.
 28. NEUBAUER, Karel. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.
 29. Organické poruchy včetně symptomatologických (F00–F09). In: [online]. 2014[cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>.
 30. POKORNÁ, Andrea. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 193 s., ii s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.
 31. PREISS, Marek a Hana PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ. *Neuropsychologie v neurologii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 362 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0843-4.
 32. PREISS, Marek. *Klinická neuropsychologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-443-6.

33. PREISS, Marek. *Neuropsychologická baterie Psychiatrického centra Praha: klinické vyšetření základních kognitivních funkcí*. 3., přeprac. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2012, 158 s. ISBN 978-80-87142-19-6.
34. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
35. ŠLAPÁK, Ivo, Dalibor JANEČEK a Lukáš LAVIČKA. *Základy otorinolaryngologie a foniatrie pro studenty speciální pedagogiky: Vyšetřovací metody ucha* [online]. Lékařská fakulta Masarykovy univerzity.[cit. 2016-03-20] <http://is.muni.cz/elportal/estud/pdf/js09/orl/web/pages/1_2_vysetrovaci_metody_ucha.html>.
36. ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2014, 288 s. ISBN 978-80-246-2628.
37. TOPINKOVÁ, Eva, Roman JIRÁK a Jiří KOŽENÝ. *Krátká neurokognitivní baterie pro screening demence v klinické praxi: Sedmi minutový test. Neurologie pro praxi*[online]. Olomouc: Solen Medical education, 2002 [cit. 2016-02-04]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2002/06/10.pdf>.
38. TOPINKOVÁ, Eva. *Diagnóza a léčba poruch chování u starších nemocných* [online]. Praha: Edukafarm, 2006 [cit. 2016-02-19]. Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/c569-diagnoza-a-lecba-poruch-chovani-u-starsich-nemocnych>
39. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, xviii, 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
40. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
41. VÁLKOVÁ, Lenka. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5571-7.
42. VÁLKOVÁ, Monika, Marie KOJESOVÁ a Iva HOLMEROVÁ. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Vyd. 1. Praha: MPSV, 2010, 77 s. ISBN 978-80-7421-021-1.
43. VAŇKOVÁ, H., J. BURÁŠKOVÁ a I. HOLMEROVÁ. *Prevalence kognitivních poruch v domovech pro seniory* [online]. Praha: České geriatrické

revue, 2008 [cit. 2016-02-05]. Dostupné z:
http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_08_04_05.pdf.

44. VAŇKOVÁ, Hana, Dana HRADCOVÁ, Martina JEDLINSKÁ a Iva HOLMEROVÁ. *Prevalence kognitivních poruch v pobytových zařízeních pro seniory v ČR: – nárůst mezi lety 2007 a 2013* [online]. Praha: FHS UK, 2013 [cit. 2016-02-04]. Dostupné z: <http://www.cello-ilc.cz/wp-content/uploads/2013/11/kognitivni-poruchy.pdf>.
45. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

11.6 Speciální pedagog jako terapeut

1. AKADEMIE ALTERNATIVA: *Výcvik a studium* [online]. Praha: Akademie alternativa, 2015 [cit. 2016-05-23]. Dostupné z: http://www.akademiealternativa.cz/index.php?seo_url=mezinarodni-sympozium-
2. BELLEVILLE, Sylvie. Cognitive training for persons with mild cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, 2008, 20.01: 57-66.
3. BENDOŮVÁ, Petra. *Alternativní komunikační techniky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3704-0.
4. BENJAMIN, B. Validation Therapy: An intervention for disoriented patients with Alzheimer's disease. *Top Lang Disord*, 1995, roč. 15, č. 2, s. 66-74. ISSN 0271-8294.
5. BRUSCIA, Kenneth. *Readings on music therapy theory*. Gilsum, New Hampshire: Barcelona Publishers, 2012. ISBN 9781937440145.
6. CZMTA: *Profese muzikoterapeuta* [online]. Praha: czmta, 2015 [cit. 2016-05-23]. Dostupné z: <http://www.czmta.cz/profese-muzikoterapeut>.
7. ČERMÁK, Zdeněk. *Institucionální péče o seniory v Čechách* [online]. Praha, 2015 [cit. 2016-05-23]. Diplomová práce. PEDF UK. Vedoucí práce Pavlína Šumníková.
8. ČESKÁ ARTETERPEUTICKÁ ASOCIACE: *ARTETERAPIE* [online]. Praha: czmta, 2015 [cit. 2016-05-23]. Dostupné z: <http://www.arttherapies.cz/ceska-arteterapeuticka-asociace.html>
9. ČR. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních): zákon č. 96/2004 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2004. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.
10. ERIKSON, E. ERIK, *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Lidové noviny, 1999. 128 s. ISBN 80-7106-291-X.
11. Feil, N. (2004). *Validation in Anwendung und Beispilen: Der Umgang mit verwirten alten Menschen*. München – Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

12. FEIL, N., DE KLERK-RUBIN, V. *The Validation Brekthrough. Simple Techniques for Communicating with Alzheimer's and Other Dementias*. Baltimore, Maryland: Health Profession Press, 2012. 294 s. ISBN 978-1-932529-93-7.
13. FREEMAN, M. in VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.
14. GALAJDOVÁ, Lenka a Zdenka GALAJDOVÁ. *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-879-1.
15. GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003, 167 s. Most (Sociologické nakladatelství), sv. 3. ISBN 80-864-2921-0.
16. HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 135 s. ISBN 978-802-4738-499.
17. HILARION G. PETZOLD (HG.). *Poesie und Therapie: über die Heilkraft der Sprache ; Poesietherapie, Bibliotherapie, literarische Werkstätten*. 2. Aufl. Bielefeld: Ed. Sirius, 2009. ISBN 3895285285
18. HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.
19. HOŠKOVÁ, Kateřina. *Biblioterapie u dětí a mládeže*. [online]. [cit. 2015-12-8] <<http://www.phil.muni.cz/kivi/clanky.php?cl=65&rubrika=clank>
20. HOUSAROVÁ, Blanka. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. ISBN 978-80-7372-789-5.
21. Institut bazální stimulace: *Kurzy. Institut bazální stimulace* [online]. Praha: Institut bazální stimulace, 2015 [cit. 2016-05-23]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/terminy/>
22. JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.
23. JEBAVÁ, J. *Úvod do arteterapie*. Praha: Univerzita Karlova, 2000. 95 s.
24. JUREČKOVÁ, P. *Aktivizace seniorů v domovech důchodců*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2002. 58 s.,
25. JUREČKOVÁ, P. *Aktivizace seniorů. Sociální práce*. Ročník, č. 2/ 2003, s. 140 – 152.

26. KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
27. KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2846-9.
28. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.
29. KLUČKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2608-3.
30. KRUSZEWSKI, Tomasz. Biblioterapie - léčba četbou. *Čtenář*. 2008, ročník lidé", Praha 1995.
31. LIEBMANN, Marian. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-864-3.
32. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
33. MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
34. PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Vyd. 1. Překlad Abigail Kozlíková. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-717-8184-3.
35. PROUTY, Garry, Dion Van WERDE a Marlis PÖRTNER. *Preterapie: [navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty]*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-949-6
36. PREISS, Marek a Hana PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ. *Neuropsychologie v neurologii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 362 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0843-4.
37. PROCHÁZKOVÁ L. 2012. Metoda validace – podpora práce s dezorientovanými lidmi. Sociální služby. Tábor: APSS ČR. roč. 14, č. 2/2012. ISSN 1803-7348
38. REBOK, George W., CARLSON, Michelle C., LANGBAUM, Jessica B.S. rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, March 2002, vol. 12, no. 2, pp.

39. RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999. Psyché (GradaPublishing). ISBN 80-7169-828-8.
40. Schmidt Peters, J.: *Music Therapy. AnIntroduction*. 2nd ed. Springfield, Illinois: Charles C Thomas Publisher, Ltd., 2000.
41. SCHWEITZER, Pam; TRILLING, Angelika. *Making Memories Matter*. Kassel: Euregioverlag, 2005. 128 s. ISBN 3-933617-22-7.
42. ŠAROUNOVÁ, Jana. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0716-0.
43. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-711-0.
44. TAVEL, P. *Validácia – terapeutický prístup k starým dementným pacientom*. Psychiatria – Psychoterapia – Psychosomatika, 2006, roč. 13, č. 3 – 4, s. 182-191. ISSN 1338-7030.
45. VALENTA, Milan a Michael REISMAN. *Dramaterapie*. Olomouc: Netopejr, 1999. ISBN 80-86096-27-0.
46. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.
47. VÁVROVÁ, S. Pobytové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením a pro seniory jako totální instituce. Sociální práce, 2012, roč. 12, č. 4, s. 39-46.
48. VÍTKOVÁ, Marie a Jarmila PIPEKOVÁ (eds.). *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. rozš. vyd. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7
49. VOJTĚCHOVSKÝ, M. a kol. *Zvířata v domovech pro seniory*. Praha: Hestia, 1998,
50. VOJTĚCHOVSKÝ, M.: *Zvířata a starší lidé*. Materiály ze sympozia "Zvířata a
51. WILSON, Barbara A. 2002. Toward a comprehensive model of cognitive, DOI: 10.1017/S104161020700631X.
52. ZELEIOVÁ, Jaroslava. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-237-9.